



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ISABELLE LETÍCIA SILVA LISBÔA
JOYCE CECÍLIA DO CARMO

**OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO FATOR INFLUENCIADOR NO
AGRAVAMENTO DA DIABETES MELLITUS: APONTAMENTOS SOBRE A
REALIDADE NA CIDADE DO RECIFE**

RECIFE

2024

ISABELLE LETÍCIA SILVA LISBÔA
JOYCE CECÍLIA DO CARMO

**OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO FATOR INFLUENCIADOR NO
AGRAVAMENTO DA DIABETES MELLITUS: APONTAMENTOS SOBRE A
REALIDADE NA CIDADE DO RECIFE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção de título de
Bacharel em Serviço Social, Universidade
Federal de Pernambuco.

Orientador: Giovanny Simon Machado

RECIFE
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Lisboa, Isabelle Letícia Silva. Carmo, Joyce Cecília do.

Os Determinantes Sociais como fator influenciador no agravamento da Diabetes Mellitus: apontamentos sobre a realidade na cidade do Recife / Isabelle Letícia Silva Lisboa, Joyce Cecília do Carmo. - Recife, 2024.

78 p. : il., tab.

Orientador(a): Giovanny Simon Machado

Coorientador(a): Antonio Israel Carlos da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Diabetes Mellitus. 2. Determinantes Sociais da Saúde. 3. Recife. 4. Política de Saúde. I. Carmo, Joyce Cecília do. II. Machado, Giovanny Simon. (Orientação). III. Silva, Antonio Israel Carlos da . (Coorientação). IV. Título.

360 CDD (22.ed.)

ISABELLE LETÍCIA SILVA LISBÔA

JOYCE CECÍLIA DO CARMO

**OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO FATOR INFLUENCIADOR NO
AGRAVAMENTO DA DIABETES MELLITUS: APONTAMENTOS SOBRE A
REALIDADE NA CIDADE DO RECIFE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção de título de
Bacharel em Serviço Social, Universidade
Federal de Pernambuco.

Aprovada em: 08/ 04/ 2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Giovanni Simon Machado (Orientador e Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Antonio Israel Carlos da Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS (ISABELLE)

Ao meu Deus, autor da minha fé, por guiar meus caminhos e estar ao meu lado em toda a minha história, dando-me motivos para vencer.

Aos meus pais, Sarah e Edgard, por todo amor. Obrigada por me animarem e pelo apoio constante para concluir mais uma etapa em minha vida. Vocês são os meus tesouros.

A minha irmã e o meu cunhado, Queren e Wallase, por fazerem a minha vida mais alegre. Vocês significam muito para mim.

Às minhas avós Alzira e Inajar, pelo amor e carinho que tenho recebido constantemente.

As minhas tias Anny, Wanhelga, Wandirsa, e a Nina (Aline), pelo amor e carinho. Amo vocês!

Aos meus queridos que partiram, deixando-me com imensas saudades, meus avôs (in memorian) José Antônio e Edgar e tia Wanessa (in memorian).

As minhas queridas amigas e irmãs na fé, Rafinha (Rafaela), Clara, Rebeka, Wellen e Lala (Larissa), pela amizade, orações, incentivos e por todos os momentos que compartilhamos.

As minhas amigas, Joyce e Bia (Beatriz), por tornar mais leve meus dias como universitária, pelas alegrias e ansiedades compartilhadas. Agradeço especialmente à minha querida dupla de TCC, Joyce, obrigada por todo o incentivo e pelo empenho para concluí-lo.

A irmã Lucidalva e toda a comissão, pelas orações, pelo carinho, pelas preocupações e pela compreensão de minhas ausências.

A minha querida supervisora de estágio Rafa (Rafaela), a Ray (Rayana) e a Irla, pelos ensinamentos, responsabilidade, paciência, por fazer parte da minha formação profissional. Obrigada pelas manhãs compartilhadas, com vocês muito aprendi.

Ao nosso orientador, professor Giovanny, pelas contribuições, pela paciência, pelas orientações e ensinamentos. Também agradeço ao professor Israel, por aceitar orientar-me, ainda que momentaneamente.

As minhas professoras, Rosa, Sandra e Flávia, pelo respeito, compromisso, orientações.

A todos meus familiares e amigos/as, de fora e de dentro da universidade, que estiveram ao meu lado. Posso não tê-los citados, mas saibam que vocês têm todo o meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS (JOYCE)

Agradeço primeiramente ao meu grande Deus por ter me dado sabedoria para elaborar esse trabalho de conclusão de curso, sem ele ao meu lado não conseguiria. A minha querida mãe Terezinha de Souza que me deu forças e todo apoio nesse momento, a minha segunda mãe Eliandra Gomes que sempre acreditou no meu potencial, investiu em meus estudos e criou e educou tão bem colaborando para a formação da mulher e profissional que sou hoje, meus agradecimentos também ao seu esposo Leonardo. Agradeço ao meu pai Carlos Antônio que sempre acreditou e se orgulhou de mim ao longo dessa trajetória, investindo e apoiando os meus sonhos.

Meus agradecimentos também ao meu amado noivo Taylon Assis que sempre esteve comigo ao longo desses quatro anos de graduação apoiando e incentivando os meus estudos, mesmo nos momentos mais difíceis, encorajou-me a prosseguir, disponibilizando até seu computador para elaboração desta monografia. A minha irmã Jessyca Souza que sempre elogiou minha inteligência e esteve ao meu lado nesse momento.

A minha grande amiga Isabelle Lisboa, a qual foi meu braço direito nesse momento, tornando essa jornada mais leve, me acalmando e ajudando na elaboração desta monografia. Obrigada por não ter desistido e por acreditar em mim amiga, não só nesse trabalho, mas em todos os outros que elaboramos ao longo da formação acadêmica. Agradeço também a minha amiga Beatriz Bandeira, a qual por motivos maiores saiu do trio, mas que incentivou e colaborou para que esse trabalho acontecesse, obrigada por tudo amiga, você também foi muito importante ao longo dessa jornada.

Agradeço ao meu orientador Giovanni Simon por toda paciência e ensinamentos, cada correção era perceptível sua dedicação em nosso trabalho, sendo sempre compreensivo e flexível as várias mudanças que ocorreram ao longo deste trabalho de conclusão de curso. Agradeço também à minha orientadora do projeto de monografia Rosa Cortês que também contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento desta monografia.

Meus agradecimentos a minha colega de trabalho Rayanne que sempre aceitava trocar os dias de trabalho comigo para eu ter mais tempo livre para elaboração desta monografia, obrigada por toda parceria. Agradeço às minhas amigas Bárbara Luna, Jullyane Ramalho, Milleny Soares e Thais Rodrigues por todos os conselhos, apoio e orações nessa trajetória.

As minhas queridas tias Conceição (Tia Cê) e Severina (Graça) por sempre torcer e incentivar os meus estudos.

Agradeço a coordenadora do curso Sandra por todos os conselhos e ensinamentos ao longo dessa trajetória, obrigada por todo apoio querida, você também contribuiu de maneira significativa para a elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os familiares que não foram citados, mas que sabem da sua contribuição na minha vida pessoal e acadêmica, obrigado por tudo!

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso teve por objetivo geral discutir sobre os Determinantes Sociais da Saúde que potencializam o desenvolvimento de doenças crônicas, com foco na Diabetes Mellitus. Refletiu-se historicamente sobre os modelos de saúde com abordagem no surgimento dos Determinantes Sociais e os principais fatores que atravessam a saúde da população brasileira, potencializando o agravamento da Diabete. Além de, identificar a questão da saúde populacional do Recife e as ações voltadas ao enfrentamento da doença. Para isso, adotamos como metodologia o embasamento teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético, para análise da totalidade das questões que atravessam os indivíduos no processo saúde-doença. Apresenta-se uma análise de dados referente ao diagnóstico da Diabetes Mellitus e as influências dos Determinantes Sociais da Saúde, principalmente em indivíduos inseridos no contexto de baixa escolaridade, consequentemente de baixa renda. A pesquisa bibliográfica teve como arcabouço teórico: artigos, livros e relatórios, no tocante a pesquisa documental utilizou-se dados secundários.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus, Determinantes Sociais da Saúde, Recife, Política de Saúde.

ABSTRACT

The general aim of this final course work was to discuss the Social Determinants of Health that enhance the development of chronic diseases, with a focus on Diabetes Mellitus. It reflected historically on the health models with an approach to the emergence of Social Determinants and the main factors that cross the health of the Brazilian population, potentiating the worsening of Diabetes. In addition, we identified the issue of population health in Recife and the actions aimed at tackling the disease. To do this, we adopted the theoretical-methodological basis of historical-dialectical materialism as our methodology, in order to analyze the totality of the issues that affect individuals in the health-disease process. We present an analysis of data relating to the diagnosis of Diabetes Mellitus and the influences of the Social Determinants of Health, especially in individuals with low levels of education and consequently low income. The bibliographic research used articles, books and reports as its theoretical framework, and secondary data was used for documentary research.

Keywords: diabetes mellitus, social determinants of health, Recife, health policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Determinantes Sociais modelo Dahlgren e Whitehead.....	27
Quadro 01 - Estudo exploratório.....	30
Quadro 02 - Artigos Seleccionados.....	38
Figura 02 – Principais Determinantes Sociais.....	44
Quadro 03 - Percentual de adultos diagnosticados com diabetes (maior ou igual a 18 anos), por sexo e idade. Vigil (2013).....	46
Quadro 04 - Percentual de adultos (maior ou igual a 18 anos) diagnosticados com diabetes por anos de escolaridade. Vigil (2013).....	47
Quadro 05 - Percentual de adultos (maior ou igual a 18 anos), por sexo e idade. Vigil (2023)	49

LISTA DE TABELA

Tabela 01 - Percentual de adultos acima dos 18 anos referidos com diabetes no ano de 2021.	
Vigitel (2021).....	55

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EBIA	Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAPAINSAN	Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional
MEV	Mudança do Estilo de Vida
MPC	Modo de Produção Capitalista
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político Administrativa
SER	Sistema Estadual de Regulação
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

UPAE	Unidade de Pernambucanas Atenção Especializada
USF	Unidades de Saúde da Família
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. DETERMINANTES SOCIAIS: UM RECORTE HISTÓRICO.....	20
3. DIABETES MELLITUS E A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	30
3. 1. Caracterização da Diabetes Mellitus.....	32
3.2. Saúde e ações do Estado frente ao SUS diante das desigualdades sociais.....	35
3.3. Comparação entre Diabetes Mellitus e Determinantes Sociais de Saúde através de artigos.....	38
4. PANORAMA SOBRE A DIABETES NO BRASIL E NA CIDADE DO RECIFE.....	46
4.1. Diabetes no Brasil: uma análise de dados dos anos de 2013 e 2023.....	46
4.2. Ações voltadas ao enfrentamento da Diabetes Mellitus no Recife.....	53
5. CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO A - Consumo Alimentar em Pernambuco, SISVAN (2023).....	75

1. INTRODUÇÃO

A presente monografia tem por objetivo principal discutir como os Determinantes Sociais da Saúde e sua influência que potencializam o agravamento de doenças crônicas, com foco na Diabetes Mellitus.

Os Determinantes Sociais de Saúde são fatores que influenciam o agravamento da Diabete, como a baixa escolaridade, principal causador de grande repercussão na renda dos indivíduos, a qual pode ocasionar a insuficiência no acesso aos serviços de saúde e alimentação inadequada aos pacientes diabéticos. Além disso, compreendemos que os Determinantes Sociais têm influência sobre as condições de vida e trabalho dos indivíduos.

Ao decorrer da monografia também será colocado em questão o porquê a população mais pauperizada é a mais atingida e as diferenças entre classes que se atravessam, as quais, de certa forma, impulsionam para o aceleração de doenças. Assim, com base em dados científicos e pesquisa bibliográfica abordaremos a Diabetes Mellitus como uma das doenças crônicas com alto índice na população de baixa renda.

Destaca-se que mesmo comprovando que a Diabete é mais presente na população de baixa renda, ela não se ausenta entre os indivíduos das classes média e alta, uma vez que as doenças afetam todas as classes sociais, sendo um processo inerente ao organismo. Contudo, a forma de tratamento e acesso a bens e serviços é distribuído desigualmente, sobretudo quando analisado na totalidade dos determinantes sociais e sua influência sobre o processo saúde-doença do trabalhador. Visto que, existem fatores sociais e econômicos que influenciam o seu agravamento, um dos mais explícitos é a baixa escolaridade, a má alimentação e o sedentarismo, os quais estarão presentes na análise ao decorrer do trabalho. Além disso, pontuamos que a má alimentação e a dificuldade na prática para mudança do estilo de vida são os principais fatores para o agravamento da Diabetes Mellitus.

Em matéria publicada pelo Poder 360 (2022), evidenciou-se que um estudo abordado pela revista científica Nature Reviews Disease Primers em 2022 afirmou que pessoas de baixa renda têm maior chance de desenvolver doenças como a Diabetes, pois isto registra-se que isso se dar por vários motivos, seja pela insegurança alimentar, má alimentação ou até mesmo o sedentarismo. Dessa forma, a população de baixa renda adentra cada vez mais as unidades de saúde diagnosticadas com essa doença e em busca do seu tratamento.

Com isso, a desigualdade social ou produção desigual das riquezas tem sua origem, segundo Marx, na exploração do trabalho assalariado. Isto é, a classe dominante, os quais são

donos dos meios de produção, se apropriam da força de trabalho dos proletários através da mais-valia, ou seja, os donos dos meios de produção obtêm o excedente das horas de trabalho que não são pagas, gerando mais lucro. A classe trabalhadora recebe um valor irrisório para suprir suas necessidades mais básicas como moradia, higiene, alimentação, entre outros. Posto isto, nota-se que Marx contribuiu de maneira significativa para a compreensão de desigualdade social e o conceito de classe, resultantes na questão social atual.

Sendo assim, a desigual distribuição das riquezas beneficia a classe dominante e prejudica a população mais pauperizada. Lima e Gerbelli (2021) destacam que 30,2 milhões de pessoas no Brasil sobrevivem com até um salário mínimo. Nota-se que os trabalhadores, possuem apenas um salário mínimo para custear todas suas necessidades básicas, quando não alcançado o trabalho para recebimento do salário os mesmos são inseridos em contexto de insegurança alimentar ou a má alimentação.

As consequências que a desigual distribuição de riquezas traz para o dia-a-dia da população de Pernambuco, mais precisamente dos habitantes da cidade do Recife, são presentes na população de baixa renda, sobretudo, quando se fala sobre a alimentação ou a falta dela adequadamente. Diante de diferentes realidades, que geram problemáticas na vida social, a desigualdade de escolaridade e renda é um dos fatores que estão mais presentes no desenvolvimento mais precoce da Diabetes Mellitus na população mais pauperizada do Recife, embora essa doença tenha condicionantes como os fatores genéticos, ela é expressa pelos determinantes sociais.

Com isso, cabe-se questionar: quem são os principais afetados pelos Determinantes Sociais da Saúde no agravamento da Diabetes Mellitus e quais fatores potencializam o aparecimento da doença?

Diante desses breves apontamentos, ressaltamos que o interesse de estudar a temática da saúde foi despertado pela nossa vivência no campo de estágio correlato à área da saúde, a partir das experiências vividas no SPA (Serviço de Pronto Atendimento) da Policlínica e Maternidade Barros Lima e do IMIP (Instituto de Medicina Integral). A vinculação no campo de estágio com o processo de saúde-doença do trabalhador, despertou-nos o desejo de estudar de forma mais aprofundada o tema relacionado aos Determinantes Sociais e a Diabetes, através da pesquisa, para o entendimento da realidade social que cerca a população do Recife.

Essa temática se constitui importante para o Serviço Social¹ e o estudo acerca dos Determinantes Sociais da Saúde e sua relação com a Diabetes Mellitus, que permitirá contribuições para a área, tendo em vista que é um campo pouco explorado na saúde coletiva e no Serviço Social, embora se tenha pesquisas sobre a temática e grandes contribuições do Serviço Social na área da saúde.

Nesse sentido, os objetivos específicos são: 1) refletir historicamente sobre os modelos conceituais da saúde, abordando o surgimento dos Determinantes Sociais da Saúde, 2) analisar os principais Determinantes Sociais que atravessam a população e as influências que potencializam o aparecimento da Diabetes Mellitus e, 3) identificar a questão da saúde populacional do Recife e as ações voltadas ao enfrentamento da doença, desenvolvemos a pesquisa em três capítulos.

O embasamento teórico-metodológico deste estudo científico configura-se pelo materialismo histórico-dialético, em torno da perspectiva social crítica, para o entendimento da realidade das questões sociais que atravessam a população na sociedade contemporânea inserida no Modo de Produção Capitalista (MPC). Assim, este TCC foi desenvolvido de forma mais ampla na totalidade e crítica social do processo saúde-doença. Para Tonet (2013), o funcionamento da totalidade interpreta que nenhum fenômeno social é capaz de ser entendido de maneira separada.

Minayo, Deslandes e Gomes explicam que metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (2007, p.14). Para isso, o caminho direcionado para execução dessa pesquisa e descobrimento do real será desenvolver um conteúdo com base na teoria social crítica, guiados pelos objetivos propostos, porque “o objetivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto” (Marconi e Lakatos, 2003, p. 157).

Na presente monografia os procedimentos de pesquisa adotados, para alcance dos objetivos propostos, serão desenvolvidos por pesquisas bibliográficas e de dados empíricos, diante do estudo qualitativo para verificação dos conteúdos estudados, adotadas no tipo de pesquisa explicativa. Segundo Marconi e Lakatos, a pesquisa “é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”, afirma (2003, p.155).

¹ A partir da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde pública foi estabelecida no Art. 196 como “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988), legitimando, assim, o trabalho de Assistentes Sociais na Saúde, bem como, a Lei nº 8.862/1993 que Regulamenta a Profissão do Serviço Social e a Resolução do CFESS nº 383/1999 de 1999.

Na fase da pesquisa bibliográfica, foi feito o levantamento de pesquisas de artigos correlatos à temática e após houve a análise dos textos, para coleta e sistematização de informações, expondo as análises e interpretações dos autores. Em relação aos resultados de outras pesquisas, Gil diz que o estudo ganha maior credibilidade, porque “as hipóteses elaboradas com base nos resultados de outras investigações geralmente conduzem a conhecimentos mais amplos que aquelas decorrentes da simples observação” (2002, p.35).

Para esta pesquisa, serão utilizados autores de referência na área de saúde, e que discutem o tema de maneira crítica, como: Bravo, Paim, Matos, entre outros autores do Serviço Social e da Saúde Coletiva. Além disso, será desenvolvido o levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros (inclusive livros disponíveis digitalmente), entre outras pesquisas relevantes ao Serviço Social e as ciências sociais aplicadas. No desenvolvimento da pesquisa adotaremos a política de saúde, diante da Reforma Sanitária, como propulsor do desenvolvimento deste estudo científico.

No capítulo I - “*DETERMINANTES SOCIAIS: UM RECORTE HISTÓRICO*” procuramos contextualizar historicamente o processo saúde-doença dos indivíduos, especificando os modelos conceituais da saúde desde do momento pré-histórico até a definição do conceito de determinantes sociais da saúde.

No capítulo II - “*DIABETES MELLITUS E A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE*” objetivamos caracterizar a Diabetes Mellitus, identificar aspectos históricos da saúde pública e ações do Estado diante das desigualdades sociais, além de desenvolver uma análise sobre os Determinantes Sociais da Saúde e a Diabetes Mellitus no Brasil, com pesquisa bibliográfica limitada a temática.

O capítulo III - “*PANORAMA SOBRE A DIABETES NO BRASIL E NA CIDADE DO RECIFE*”, trata sobre um estudo analítico com dados secundários sobre níveis de educação, renda, situação nutricional e o número de pessoas diabéticas. É importante dizer que a escolaridade é um fator influenciador na renda e as pessoas referidas com Diabete têm um grau mais acentuado de pouco acesso à educação, mas explicita nas Regiões Norte e Nordeste. Sem dúvidas existe uma relação direta entre as condições socioeconômicas e Diabete, desencadeados pelos DSS. Ademais, desenvolvemos pontuações e dados sobre a cidade do Recife.

Finalmente, nas *Conclusões* retomamos brevemente os principais assuntos abordados nos capítulos, com apontamentos gerais sobre a problemática estudada, isto é, os determinantes sociais da saúde como fator influenciador no agravamento da Diabetes Mellitus

especificamente na cidade do Recife - PE, evidenciando que os indivíduos de baixa escolaridade são os que possuem uma maior quantidade de diagnóstico dessa doença crônica, enfatizando assim que fatores sociais, econômicos e culturais estão relacionados com o processo saúde-doença da humanidade.

2. DETERMINANTES SOCIAIS: UM RECORTE HISTÓRICO

O presente capítulo irá abordar o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e o surgimento da medicina social, fazendo uma recuperação histórica da evolução sobre o entendimento da questão saúde-doença para o indivíduo e as principais contribuições de cada período histórico, tais como, o paleolítico, neolítico, idade média, renascimento e até os dias atuais.

Destacando assim, como o processo de saúde-doença se desvinculou do pensamento mágico-religioso para o racionalista, sendo possível relacionar as questões sociais como influenciadoras também no processo de adoecimento da humanidade. Dessa forma, será possível relacionar os determinantes sociais da saúde como influenciador no agravamento da Diabetes Mellitus.

Mediante isto, pode-se afirmar que Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são todos os fatores relacionados às condições de vida dos indivíduos, sejam eles, culturais, econômicos, sociais, entre outros que influenciam diretamente ou indiretamente na saúde da população. Ao utilizar uma definição mais formal, pode-se afirmar que segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde são os fatores econômicos, sociais, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que estão relacionados à ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população. Já de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde são as condições de vida e trabalho dos indivíduos (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Sendo assim, observa-se que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas ter acesso a uma educação, moradia digna, lazer, renda, ou seja, ter uma vida de qualidade. Entretanto, mesmo o processo saúde-doença estando presente na história da humanidade, a percepção dos determinantes sociais da saúde só vieram ser reconhecidos e relacionados aos processos de saúde-doença na década de 1960 e firmados de fato em 2005 com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

Mas, antes disso, ao longo da história da população existiram diversos modelos explicativos para o processo de adoecimento e cura dos indivíduos, tais como, modelo mágico-religioso, o qual relaciona o adoecimento ou a cura a deuses ou demônios, o modelo biomédico, o qual prioriza o diagnóstico e a cura, tendo como “abordagem a patogenia e a terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico”, assim esse modelo

é caracterizado segundo Almeida Filho como “individual, centrado na figura do médico, especialista, curativo, fragmentado e hospitalocêntrico” (Almeida Filho, Rouquayrol, 2006 apud Ceballos, 2015).

Além disso, se tem o modelo processual, o qual baseia-se no modelo da História Natural da Doença proposto por Leavell e Clarck em 1976” (Almeida Filho, Rouquayrol, 2006 apud Ceballos, 2015). Vale salientar que o modelo processual reconhece que as características sociais e relacionais podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo, sendo um avanço quando comparado ao biomédico, explica Ceballos (2015).

Já o modelo sistêmico de saúde e doença segundo Almeida, “reconhece que fatores políticos e socioeconômicos, fatores culturais, fatores ambientais e agentes patogênicos estão relacionados sinergicamente de forma que, ao ser modificado um dos níveis, os demais também serão afetados” (Almeida Filho, Rouquayrol, 2006 apud Ceballos, 2015). Por último, se tem o modelo de determinação social da saúde e doença, onde afirma-se que as condições de vida do ser humano influenciam no processo saúde-doença.

Vale destacar que, esses modelos foram desenvolvidos e evoluídos ao longo da história da humanidade. Posto isto, ao iniciar pelo período paleolítico, o qual se baseava no modelo mágico-religioso acreditava-se que o adoecimento de forma misteriosa desses indivíduos eram consequências das ações sobrenaturais de deuses ou demônios, dessa forma esse pensamento desenvolveu inicialmente a prática médica na era paleolítica e os líderes espirituais eram os responsáveis pelo processo de cura dessas doenças (Scliar, 2002 apud Batistella, 2007).

Já no período neolítico, o ser humano passou a ter contato direto com os animais devido à agricultura e isto contribuiu de maneira significativa para a proliferação de doenças, tais como gripe, varíola, tuberculose, entre outras (Palmeira et al, 2004 apud Batistella, 2007). Entretanto, as explicações para o surgimento dessas doenças e seu tratamento ainda eram baseadas nas visões mágico-religiosas, conforme Batistella (2007).

Para os hebreus, por exemplo, as doenças não estavam diretamente relacionadas às ações de deuses ou demônios, mas eram consideradas um castigo divino por conta de desobediências ou pecados. Em Números 12:9-11 diz que “enquanto a nuvem saía do Tabernáculo, Miriã de repente ficou com lepra e com a pele branca como a neve. Quando Arão viu que Miriã estava com lepra, disse a Moisés: Por favor, meu senhor, não nos castigue por causa deste pecado. De fato fomos tolos e pecamos”. Ou seja, observa-se que os hebreus

consideravam que a lepra de Miriã, personagem bíblica, era a consequência do erro que ela tinha cometido.

Em alguns textos bíblicos também é possível notar que o processo de cura e doença estava relacionado ao divino, como em Êxodo 15.26 “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” e em Eclesiastes, 38:1-9 que diz: “De Deus vem toda a cura” (Scliar, 2007). Além do mais, outras passagens bíblicas também relatam curas de enfermidades ao obedecer a ordem de Deus, como no livro de 2 Reis 5-8, onde Naamã é curado da lepra ao mergulhar no rio Jordão. Vale destacar que o modelo mágico-religioso permanece presente no conceito de saúde-doença na atualidade, mesmo não sendo o predominante, pois várias religiões em suas crenças possuem práticas de cura de doenças. Como por exemplo, as benzedeadas, os cultos de curas, os óleos da unção, os amuletos, o pagamento de promessas, entre outras tradições (Ceballos, 2015).

É importante salientar que os gregos também tiveram uma grande contribuição na maneira de enfrentar as doenças, pois mesmo possuindo várias divindades como Asclepius, Higeia (considerada a deusa da saúde) e Panacea, a deusa da cura (Scliar, 2007). Ainda assim, foi possível considerar outras vertentes de pensamentos, principalmente, baseados na ciência médica.

Dessa forma, segundo o autor Carlos Batistella (2007) com a civilização grega ocorreu o “rompimento” com os pensamentos mágico-religiosos e se passou a ter explicações mais racionais para o processo de saúde e adoecimento da humanidade. Sendo assim, foi mediante Hipócrates (460-377 a.C.) e seu livro *Ares, Águas e Lugares* que se tem uma definição de endemias e epidemias, pois ele afirmava que o solo, a água, o modo de vida e a nutrição são fatores responsáveis pela endemidade local, complementa o autor.

Vale salientar que ainda de acordo com Batistella (2007) os médicos hipocráticos não possuíam tanto conhecimento de anatomia e por conta disso eles eram bastante observadores e atentos e contribuíram de maneira significativa para a base da medicina atual, pois realizavam exploração do corpo, conversa com o paciente, entendimento sobre o problema e o prognóstico. Ainda complementa o autor que, logo após, a medicina grega foi incorporada ao Império Romano, entretanto houve poucos avanços na parte clínica.

Porém, ainda segundo o autor Carlos Batistella (2007), com a decadência do Império Romano e o início da Idade Média houve um retrocesso nas práticas de saúde pública, pois a Idade Média foi um período que ocorreu entre (500 – 1500 d.c) e foi marcada pela proliferação de pestes e epidemias na população.

É nesse período que ocorre a dominação da Igreja e as explicações para o processo saúde-doença, levando consequentemente a uma retomada das visões mágico-religiosa. Porém, ao invés das causas das doenças estarem relacionadas a deuses e demônios, estão ligadas à heresia, ou seja, as doenças passam a serem vistas como consequência do pecado, sendo consideradas um castigo divino.

Para Batistella (2007) ocorreu um retrocesso nos avanços da medicina racional, pois a medicina e a ciência passaram a serem consideradas blasfêmia e as práticas de cura passaram a ser realizadas por religiosos e não mais por médicos. Sendo assim, já que a doença nesse período era considerada como um castigo divino, apenas a purificação da alma e perdão dos pecados é que podiam curar os enfermos. Vale destacar que é também na Idade Média que surgem os primeiros hospitais, mas não visando tratar os pacientes e sim de afastá-los da população sadia. Surgem também as práticas de quarentena para evitar a proliferação de doenças, ainda conforme o autor.

Assim, no período da Idade Média, também denominado de “Idade das Trevas”, avançou-se pouco no campo da medicina racional e nas produções intelectuais sobre o tema. Adicionalmente, devido à dominação eclesiástica, a ciência e a medicina estavam subordinadas aos dogmas religiosos nesse período e como consequência disso se teve uma grande proliferação de doenças e mortes.

Porém, em 1530, com a transição da Idade Média para o Renascimento, ocorreram alguns avanços na medicina racional, uma delas é a publicação da obra *De contagione* pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro, onde ele expõe hipóteses sobre o contágio da Sífilis no ato sexual, explica Scliar (2002) citado por Batistella (2007).

É no período da modernidade também que ocorre a ascensão da burguesia e com o surgimento dessa nova classe se tem as grandes navegações para o Oriente e isto contribuiu de maneira significativa para a proliferação de novas doenças (Diamond, 2002 apud Batistella, 2007). Além disso, na época renascentista pode-se afirmar que houve oposições nas universidades quando os humanistas fundam as primeiras academias - instituições próprias para a discussão de ideias (Burke, 2003 apud Batistella, 2007). Ocorreram também as observações clínicas e epidemiológicas, mas é só no final do século XVIII que surge a anatomia patológica e nasce a medicina moderna (Foucault, 1980 apud Batistella, 2007).

Dessa forma, com a decadência do período feudal e da expansão comercial, o mercantilismo passa a impulsionar a indústria e a produção. Assim, a saúde do trabalhador

começa a ser analisada pela medicina social, que passa a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais para o processo saúde-doença

Posto isto, com o surgimento da Revolução Industrial inicialmente na Inglaterra por volta da segunda metade do século XVIII, ocorreu um grande êxodo para as grandes cidades, causando uma transformação também no processo produtivo. Anteriormente à Revolução Industrial, a produção estava vinculada à manufatura, ou seja, produção manual, sendo uma atividade mais artesanal. Todavia, com a introdução das máquinas não era necessário o trabalhador ter habilidades artesanais, visto que qualquer homem poderia conduzir a máquina, ocasionando assim uma queda salarial.

Dessa forma, aos trabalhadores foi atribuída uma carga horária de trabalho bastante elevada que os colocavam diariamente diante de riscos à saúde. Em função das máquinas também os operários estavam sujeitos a acidentes e por conta disso eram facilmente substituídos, não tendo seus direitos garantidos.

Dessa forma, com a migração do homem para a cidade em busca de trabalho ocorreu o surgimento das grandes cidades e conseqüentemente as aglomerações populacionais. Segundo Friedrich Engels em seu texto *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, Londres já tinha uma aglomeração de exatamente 2,5 milhões de seres humanos (Engels, 2008, p.67). Ou seja, com a emergência da Revolução Industrial, a cidade se expandiu e a sua população cresceu, vivendo em péssimas condições habitacionais. Engels afirma:

Todas as grandes cidades têm um ou vários “bairros de má fama” onde se concentra a classe operária. É certo ser frequente a miséria abrigar-se em vielas escondidas. embora próximas aos palácios dos ricos; mas, em geral, é-lhe designada uma área a parte, na qual, longe do olhar das classes mais afortunadas, deve safar-se, bem ou mal, sozinha. Na Inglaterra, esses “bairros de má fama” se estruturam mais ou menos da mesma forma que em todas as cidades: as piores casas na parte mais feia da cidade; quase sempre, uma longa fila de construções de tijolos, de um ou dois andares, eventualmente com com porões habitados e em geral dispostas de maneira irregular. Essas pequenas casas de três ou quatro cômodos e cozinha chamam-se cottages e normalmente constituem em toda Inglaterra, exceto em alguns bairros de Londres, a habitação da classe operária. Habitualmente, as ruas não são planas nem calçadas, são sujas, tomadas por detritos vegetais e animais, sem esgotos ou canais de escoamento, cheias de charcos estagnados e fétidos. A ventilação na área é precária, dada a estrutura irregular do bairro e, como nesses espaços restritos vivem muitas pessoas, é fácil imaginar a qualidade do ar que se respira nessas zonas operárias - onde, ademais, quando faz bom tempo, as ruas servem aos varais que, estendidos de uma casa a outra, são usados para secar a roupa. (Engels, 2008, p.70).

A classe trabalhadora estava inserida em péssimas condições habitacionais e higiênicas que ameaçavam a saúde dos indivíduos, porém não era apenas a habitação precária que apresentava riscos, mas também o ambiente de trabalho. Pois, segundo o artigo *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas* de autoria de Carlos Gomez e Costa (2020) afirma que: “as jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo, em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes”.

Diante desse cenário, surge o movimento higienista que relacionava as condições de saúde do indivíduo com o ambiente social, ou seja, moradia precária, falta de saneamento, ambiente de trabalho sujo, entre outros fatores responsáveis pela propagação de doenças. Com a expansão industrial, a urbanização acelerada gerando aglomerações e péssimas condições de habitação e trabalho, a classe operária passou a ter sua saúde diretamente afetada, na medida que surgiam várias epidemias. Elas também comprometeram a produção industrial, pois os trabalhadores acabavam se ausentando das indústrias e alguns sequer conseguiam retornar, já que acabavam morrendo (Moreira, 2014).

Dessa forma, vários profissionais como médicos e escritores começaram a se posicionar contra as péssimas condições de saúde da classe operária, ao mesmo tempo que os empresários também levaram em consideração o higienismo, pois com o trabalhador doente, as produções também diminuíram. Penteado, Shon Chun e Silva (2005. p.11 *apud* Moreira, 2014) ressalta que:

O higienismo desenvolve-se em meio às tensões dos jogos de interesses econômicos e produtivos, à dominação das classes hegemônicas e às diferenças culturais e de identidade dos vários segmentos sociais e dos seus modos característicos de apropriação da cultura e de sensibilidades, os quais refletem as maneiras de os homens compreenderem o mundo e de nele se posicionarem.

Deste modo, o movimento higienista foi criado pela elite médica no século XVIII e ocupou um espaço importante em vários segmentos da sociedade, como no econômico, político e administrativo. A medicina social defendia que a intervenção médica isolada não era suficiente, mas se fazia necessário a estrutura social do indivíduo ser mudada. (Milagres et al., 2018).

Foucault (2006 *apud* Milagres et al., 2018, p.164) destaca que:

A Medicina Social socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto produção e força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não opera simplesmente pela consciência ou pela biologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Posto isso, o surgimento da medicina social se configurou em uma forma de dominação do corpo humano, ou seja, a medicina passou a regular as formas de cuidar do corpo, mudando assim hábitos, costumes, crenças e transmitindo uma educação moral, intelectual e física aos indivíduos. Pois, segundo os médicos higienistas era a falta desses “cuidados” que faziam as classes de baixa renda viverem mal, sendo assim o surgimento da medicina social se caracterizou também como sendo uma forma de controle do corpo humano. (Milagres et al., 2018., p.164).

Além disso, Foucault (1980) citado por Batistella (2007) diz que a formação da medicina social possui três etapas:

A medicina de Estado, a qual surgiu na Alemanha no século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal (2007, p.40).

Sendo assim, o autor ainda complementa que,

A medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significasse ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua ‘re-localização’ e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades; por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social através da ‘lei dos pobres’. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava torná-las mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas (Foucault (1980) apud Batistella, 2007).

Diante disso, é nessa perspectiva que passa a ser analisado todos os fatores para o adoecimento do indivíduo, ou seja, o processo saúde-doença não está mais relacionado ao pecado, as visões mágico-religiosa ou a naturalidade e sim ao social. Assim, surgindo a

medicina social que foi também uma forma de controle autoritário dos corpos, principalmente da classe trabalhadora, pois consideravam que os pobres por conta do seu modo e estilo de vida apresentavam riscos de contaminação para a classe média-alta, dessa forma o surgimento de medidas para conter a proliferação de doenças, também era uma forma de dominação para as classes de baixa renda.

Segundo Carlos Batistella (2007), no século XIX, a saúde pública ainda possuía poucos instrumentos para o controle das doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. Mas com o avanço das investigações científicas, surgiram outras formas de controle, como a vacinação. Quando descobertos, várias vacinas e soros passaram a ser produzidos para prevenir e controlar algumas doenças, tais como tuberculose, febre amarela, poliomielite, tétano, entre outras (Batistella, 2007).

Com o avanço dos estudos na área bacteriológica ocorreu uma mudança na percepção de saúde e doença. Por isso, a teoria miasmática passa a ser cada vez mais esquecida e outros modelos de percepção do quadro saúde-doença tornaram-se referência, como o paradigma unicausal, isto é, aquele em que afirma que a doença tem apenas uma causa ou um único agente (Batistella, 2007). Esse modelo, porém, impediu que fossem estudadas as relações entre o adoecimento humano e as determinações sociais, econômicas e políticas, sendo considerado um modelo raso referente a todos os processos que envolvem as questões saúde-doença de um indivíduo. Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial as explicações unicasais são enfraquecidas e se desenvolve o modelo multicausal reconhecendo a presença de aspectos sociais de saúde e doença da humanidade (Batistella 2007).

Como dito anteriormente, foi apenas na década de 1960 que surgiu uma análise mais crítica em relação à naturalidade da doença, propondo uma abordagem mais ampla relacionando saúde com os aspectos sociais e econômicos. Assim, a noção de causalidade passa a ser substituída por determinação e os processos saúde-doença passam a ser baseados nos modos e estilos de vida dos indivíduos, o que se entende como determinantes sociais da saúde (Batistella, 2007).

Nas décadas seguintes, ocorre a Conferência de Alma-Ata, na URSS, em 1978 e o lema “Saúde para todos no ano 2000”, os quais destacam o tema dos determinantes sociais. Entretanto, vale destacar que na década de 1980 se tem um retrocesso ao enfatizar a saúde como um bem privado, pois é abordado novamente uma concepção centrada na assistência médica individual, mas em 1990 com as Metas do Milênio é possível enfatizar os

determinantes sociais da saúde que se afirma com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em março de 2005 (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Posto isto, os determinantes sociais da saúde (DSS) passam a ser de fato relacionados com os processos de saúde-doença dos indivíduos, ou seja, ocorre um reconhecimento que fatores como renda, moradia digna, lazer, educação influenciam na saúde ou no adoecimento dos indivíduos. A figura abaixo é um modelo de Dahlgren e Whitehead e demonstra os (DSS) distribuídos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima até uma mais distante. (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Figura 01 – Determinantes Sociais modelo Dahlgren e Whitehead



Fonte: (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p.84).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), os indivíduos estão na base do modelo com suas características individuais que exercem influências em suas condições de saúde. Posteriormente, se localiza o estilo de vida e as redes comunitárias nas camadas seguintes. No próximo nível temos as condições de vida e de trabalho. É na última camada que está o que Buss e Pellegrini (2007) denominam de macrodeterminantes. Entretanto, observa-se que nesse modelo não é evidente que as condições de vida e trabalho têm impacto sobre o estilo de vida dos indivíduos, pois essas condições são postas de forma errônea na penúltima camada.

Vale destacar que o estilo de vida que a pessoa possui não depende apenas da livre escolha dela, mas sim do contexto social que ela está inserida. Dessa forma as condições de vida e trabalho possuem um grande impacto no estilo de vida e na saúde da humanidade, pois devido à desigualdade social, reflexo do sistema capitalista, cada vez mais a população que se encontra em situação de baixa renda sofrem por terem uma condição de vida precária.

Podemos citar a falta de moradia digna, que faz parte da condição de vida de muitos indivíduos, convertendo-se em um determinante social que influencia na saúde pública e dos sujeitos. Adicionalmente, a maioria da população da classe mais baixa habitam em áreas de risco, estando sujeitas a deslizamentos de barreiras, enchentes, poluição ambiental, entre outros. Dessa forma, os indivíduos por não terem acesso a uma moradia de qualidade acabam adoecendo, seja física ou psicologicamente, visto que a poluição ambiental e os desastres resultam em diversos problemas de saúde.

Outra problemática que impacta diretamente as condições de vida do ser humano é o desemprego, várias pessoas encontram-se desempregadas e não possuem nenhuma fonte de renda para custear suas necessidades básicas. De acordo com Roque (2023) Pernambuco tem a maior quantidade de indivíduos desempregados no país, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mais de 600 mil pernambucanos estão desempregados.

Dessa forma, pode-se afirmar que com o aumento do desemprego, as pessoas não possuem uma renda fixa para custear suas necessidades básicas como moradia, lazer, alimentação, entre outros fatores que contribuem para uma boa qualidade de vida. Como os determinantes sociais da saúde estão diretamente relacionados com as condições de vida e trabalho dos indivíduos, o desemprego torna-se um agravante e um fator de adoecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946)², saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, se a maioria da população encontra-se desempregada e sem renda também ocorre a ausência de saúde.

Ademais, a questão ambiental também contribui para o agravamento ou surgimento de doenças, sejam elas respiratórias ou já instaladas. Principalmente nas classes mais pauperizadas, por estarem sujeitas a desastres ambientais, poluição do ar, do solo, intoxicações e entre outras formas de contaminação. As classes populares podem ser vítimas

² Informações retiradas no site do Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente,aus%C3%A2ncia%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20enfermidade>.

do racismo ambiental, o qual a autora Lays Helena Paes e Silva, em seu artigo *Ambiente e justiça: sobre a utilidade do conceito de racismo ambiental no contexto brasileiro*, define como o acesso desigual à água potável, saneamento básico, ambiente ecologicamente equilibrado, ou seja, se configura quando uma determinada população está inserida em uma área poluída e degradada (Silva, 2012, p. 94). Assim, no Brasil observa-se que a maioria da população negra está inserida em casos de racismo ambiental, pois suas habitações localizam-se em áreas de risco como barreiras, e convivem com a falta de saneamento, tornando-se mais vulneráveis à contaminação por poluição.

Vale salientar que de acordo com Lays Helena Paes e Silva não são apenas os negros que estão inseridos em um contexto de racismo ambiental, mas também a população indígena, quilombola e ribeirinha. A autora cita em seu texto o caso das comunidades de bairros negros no estado da Bahia em que frequentemente ocorre o nascimento de crianças mortas ou deformadas em consequência da contaminação provocada pela Companhia Brasileira de Chumbo (Silva, 2012, p.103).

Além da falta de moradia digna, emprego e um ambiente ecologicamente equilibrado, a população pauperizada sofre com um sistema de saúde precário. Com a crescente privatização do acesso à saúde, reflexo do sistema capitalista, muitos indivíduos não possuem planos de saúde, o qual é vendido pela lógica mercantilista como sendo a melhor opção de tratamento e sendo usufruído, na maioria das vezes, por estratos médios da classe trabalhadora, enquanto as camadas inferiores dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui uma estrutura precária e um atendimento de má qualidade. No dizer de Soares et al., “a precarização e privatização da gestão pública estão cada vez mais associadas ao aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela” (2017, p.29).

Podemos concluir que as condições de vida e trabalho dos indivíduos, isto é, os determinantes sociais, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento ou agravamento das doenças. Pois, quando os indivíduos estão inseridos em um contexto de moradia precária, insegurança alimentar, desemprego, não possuindo um atendimento hospitalar de qualidade e os seus direitos são negligenciados e negados, sua saúde é também colocada em risco.

3. DIABETES MELLITUS E A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O capítulo presente irá desenvolver uma pesquisa em busca de analisar a relação direta entre os determinantes sociais da saúde, a questão social, as desigualdades sociais, e a Diabetes Mellitus no Brasil. Para tanto, na construção deste capítulo, foi empregada pesquisa bibliográfica no indexador acadêmico *Scielo*. Com triagem prévia dos resumos, logo após a leitura e seleção dos artigos, elaboramos uma tabela (exemplo no Quadro 01) contendo o título, nome do autor/a/es, ano da publicação, palavras-chave, objetivos, resumo e resultados.

Quadro 01 - Estudo exploratório

Título	Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida
Autor/a/es	Tiago Pereira de Almeida; Paulo Gilvane Lopes Pena
Ano	2021
Palavras-Chave	Diabetes mellitus tipo II; Estilos de vida; Estudo qualitativo; Prevenção e controle; Determinantes sociais da saúde
Objetivos	Objetivo geral de analisar experiências de portadores de DM2 sobre suas dificuldades para a Mudança do Estilo de Vida (MEV). Como objetivo específico, o estudo busca compreender a relação destas dificuldades com os determinantes sociais.
Resumo	A dificuldade para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 mudarem os estilos de vida conforme as orientações profissionais possui magnitude considerável. Tal fato contribui para manter o controle da doença aquém do desejável, e pode levar ao aumento da morbimortalidade e custos para o sistema de saúde, com complicações que poderiam ter sido evitadas. Este estudo qualitativo, diante da importância de se compreender este fenômeno para melhor intervenção, explora narrativas e experiências de 10 portadores de diabetes na cidade de Salvador, comparando-as com a literatura a fim de analisar como determinantes sociais são influenciadores.
Resultado	Conclui-se que é um fenômeno multifatorial, e aspectos como concepções sobre a doença e seu controle, uso e acesso aos serviços de saúde, relacionamento profissional-paciente, suporte social, e ambiente, personalizam cada vivência com a doença, facilitando ou não a motivação para a mudança. Profissionais de saúde e poder público devem se sensibilizar para tais aspectos, e encontram no texto sugestões para contribuir na mitigação de dificuldades e facilitar um estilo de vida preventivo aos adoecidos.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Na finalização deste capítulo, procuramos textos referentes ao tema para construção da análise crítica e a verificação se os artigos levantados apresentam os determinantes sociais como fator influenciador da Diabetes Mellitus ou não. Para isso, nossa seleção de artigos totalizou 08 (oito) produções.

Assim, na busca de artigos sobre a Diabetes e os determinantes sociais, apresentaram-se como resultado 10 (dez) artigos, dentre os quais 03 (três) foram utilizados e 07 (sete) foram descartados, pois não se adequaram ao tema proposto. A seguir, colocamos no mesmo indexador bibliográfico os termos de busca: Diabetes e desigualdade social, assim encontramos 11 (onze) artigos, mas apenas 04 (quatro) foram utilizados por encaixarem-se ao tema. Por fim, inserimos os termos Diabetes e questão social, resultando em 04 (quatro) textos, mas três foram descartados e apenas um artigo foi utilizado, por tratar sobre a temática.

3. 1. Caracterização da Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível e são diversos os fatores que influenciam ou contribuem para seu agravamento. Sobretudo quando se trata da análise pelos determinantes sociais, tendo em vista que ter saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também, tem sua relação com os determinantes sociais a partir das condições de vida e trabalho com a situação de saúde, como foi citado no capítulo anterior. A Federação Internacional de Diabetes (IDF, sigla em inglês) é uma organização global sem fins lucrativos que desenvolve ações na busca de melhorar a qualidade de pessoas que vivem com Diabetes e prevenir a doença para aqueles que possuem o risco de desenvolvê-la; a mesma diz que a “Diabetes é uma condição crônica que ocorre quando o pâncreas não consegue mais produzir insulina ou o corpo não consegue usar a insulina de maneira eficaz” (IDF, 2024). Com isso,

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas que atua como uma chave para permitir que a glicose dos alimentos que ingerimos passe da corrente sanguínea para as células do corpo para produzir energia. O corpo decompõe todos os alimentos ricos em carboidratos em glicose no sangue, e a insulina ajuda a glicose a entrar nas células, quando o corpo não consegue produzir ou utilizar insulina de forma eficaz, isso leva a níveis elevados de glicose no sangue, chamados hiperglicemia. A longo prazo, níveis elevados de glicose estão associados a danos ao corpo e à falência de vários órgãos e tecidos. (IDF, 2024)

No ano de 2021 o Atlas de Diabetes da IDF declarou que 10,5% da população adulta, entre 20 e 79 anos, tem Diabetes Mellitus, e quase a metade não sabe que possui a doença. Assim, existem três tipos principais de Diabetes, sendo elas: Tipo 1, que pode se desenvolver em qualquer idade e requer tratamento com insulina para sobreviver; Tipo 2, responsável por cerca de 90% de todos os tipos de Diabetes e é mais comum de serem diagnosticado em

adultos; e a gestacional, ocorrendo quando os níveis de glicose no sangue estão elevados no período da gravidez e pode causar complicações tanto para a mãe como para o bebê.

Nesse cenário, no indivíduo que tem Diabetes Tipo 1, o pâncreas produz insulina de forma reduzida. Esse tipo de Diabetes pode afetar pessoas em qualquer fase da vida, mas o comum é que o desenvolvimento da doença ocorra no período da infância ou juventude, sendo necessário o tratamento contínuo através de “injeções diárias de insulina para controlar os níveis de glicose no sangue” (IDF, 2024), para sobrevivência daqueles que vivem com a doença e tenham uma melhor qualidade de vida.

No que se refere a Diabetes Tipo 2, pode-se afirmar que é o tipo mais comum entre os indivíduos e o aparecimento da doença pode ser atrasado e até mesmo prevenido por completo, o fator marcante desse tipo da doença é a resistência à insulina, ou seja, o corpo não consegue responder totalmente à insulina, explica o IDF (2024).

Como a insulina não funciona adequadamente, os níveis de glicose no sangue continuam aumentando, liberando mais insulina. Infelizmente, para algumas pessoas com diabetes tipo 2, isto pode eventualmente esgotar o pâncreas. Como resultado, o corpo produz cada vez menos insulina, causando níveis de glicose no sangue ainda mais elevados (hiperglicemia). (IDF, 2024).

O aparecimento ou o rápido desenvolvimento da DM Tipo 2 ocorre pelas “mudanças na dieta e na atividade física relacionadas ao rápido desenvolvimento e à urbanização levaram a um aumento acentuado no número de pessoas com Diabetes tipo 2” (IDF, 2024), essas mudanças também implicam na mudança de faixa etária na qual a doença se desenvolve, seja pela má alimentação, seja pela falta de exercícios físicos.

O último tipo é a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) que se caracteriza por ter um grau elevado de açúcar no sangue desenvolvendo-se no período da gestação e desaparece geralmente após o nascimento do bebê, assim a doença pode afetar a saúde da mãe e do bebê, causar complicações durante a gravidez, como hipertensão, entre outros, mas esse tipo de DM pode ser controlado com medicamentos, ensina a Federação Internacional de Diabetes (2024).

Durante a gravidez, a placenta produz hormônios que podem interferir na capacidade do corpo de usar a insulina de maneira eficaz. Isso é conhecido como resistência à insulina, uma parte normal da gravidez. No entanto, em algumas mulheres, a resistência à insulina torna-se demasiado elevada, levando ao diabetes gestacional [...] a condição é mais comum em países de baixa e média renda com acesso limitado aos cuidados maternos. (IDF, 2024)

Adicionalmente,

Mulheres com mais de 45 anos correm maior risco de hiperglicemia durante a gravidez, enquanto mulheres com histórico de DMG têm um risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2 dentro de cinco a dez anos após o parto. Crianças expostas a níveis elevados de açúcar no sangue durante a gravidez também podem correr maior risco de ficarem com sobrepeso ou obesidade e desenvolverem diabetes tipo 2. (IDF, 2024)

Assim, a diferença entre os dois tipos de Diabetes é caracterizada, uma pela deficiência da insulina, e a outra pela resistência a ela; sendo assim, a pessoa com a DM tipo 1 tem dificuldades na produção de insulina e a já quem está acometido com a DM tipo 2 tem resistência à insulina nas células; e a DM Gestacional pode ser desenvolvida ou não apenas no período da gravidez, ainda assim, a doença se não tratada pode apresentar problemas para a genitora e a criança, como explicado acima.

Em 2021 a Federação Internacional de Diabetes apontou que o número de adultos vivendo com Diabetes no mundo é de 540 milhões de pessoas; além disso, os dados da Federação Internacional de Diabetes mostraram que 3 em cada 4 adultos com Diabetes vivem em países de baixa e média renda, como o Brasil, ou seja, a desigualdade de renda é um fator que contribui para o desenvolvimento da doença.

Apenas no ano de 2021 6,7 milhões de pessoas morreram pela doença, sendo que as previsões indicam que até 2030, 643.000 adultos podem ser diagnosticados. Outro dado preocupante é que ainda no ano de 2021, 240 mil pessoas viviam com Diabetes, mas não foram diagnosticadas. Para Rodrigues et al. (2018, p. 846) “este número vem aumentando nos últimos anos devido ao crescimento da população e do envelhecimento, especialmente nos países de média e baixa renda”.

Embora o número de indivíduos diabéticos seja alto, Flor e Campos (2017) apontam formas de prevenção da doença e manutenção da vida no tratamento, destacam-se: a prática de exercícios regulares e manutenção do peso corporal, contribuindo para o melhor controle glicêmico pela diminuição a resistência à insulina, reduzindo o risco de complicações associadas ao agravo da doença.

Associando-se a isso, estudos apontam outras formas de prevenção que influenciam diretamente a qualidade de vida daqueles que são diagnosticados com Diabete, como a aceitação do tratamento e restrição alimentar (Rodrigues et al., 2018). Assim, considera-se fundamental que a população com a Diabete viva uma vida regrada relacionada a alimentação

saudável e a prática contínua de exercícios físicos como parte do tratamento além dos medicamentos.

A maioria dos diabéticos apresenta casos de complicações relacionadas a doenças renais e cardiovasculares, amputações dos membros, cegueira, especialmente quando carece de atenção necessária para os cuidados com a saúde, repercutindo na vivência diária do indivíduo e de seus familiares. Ao ser diagnosticado com Diabetes ou até mesmo como pré-diabético, a mudança no modo de vida é algo essencial para a sobrevivência, pois novas demandas e necessidades são adquiridas para o tratamento. No dizer de Rodrigues et al., os “impactos imediatos que requerem mudanças no estilo de vida, como a restrição alimentar, e a aceitação do tratamento, influenciam diretamente na qualidade de vida de indivíduos diabéticos” (2018, p. 846).

Em outro ponto, a DM tem implicações notórias na vida daqueles que a têm, com impactos na vida social e econômica, seja pelo uso contínuo e diário dos medicamentos, seja pelo acesso aos bens e serviços e aos insumos de saúde. Além disso, os índices de Diabetes são elevados, mas os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são poucos conhecidos e divulgados entre os indivíduos, tornando-se necessário ações do Estado no fornecimento de estudos mais amplos no território brasileiro, para acesso e conhecimento da doença, suas formas de prevenção e tratamento pelo sistema público.

3.2. Saúde e ações do Estado frente ao SUS diante das desigualdades sociais

Em 1940 o contexto do Estado brasileiro caracterizava-se pelo acesso restrito da população ao sistema de saúde, embora houvesse a predominância da política de saúde – organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária, como enfatiza Bravo (2006).

Nessa perspectiva, a referida autora destaca que, esta formulação da saúde pública prevaleceu até meados dos anos de 1960 sendo centralizada “na criação de condições mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (Bravo, 2006, p.04). Assim, entende-se que política pública até essa década configurava-se como uma pequena resposta do Estado para manutenção dos trabalhadores urbanos, ausentando-se das necessidades da população do campo, e ampliação para continuidade da exploração proletária pelos detentores do capital nas cidades.

Com base nesses breves apontamentos, Bravo (2006) ainda corrobora que a medicina previdenciária surgiu nos anos 1930 e prevaleceu até os anos de 1945 como forma de antecipação estatal para conter as reivindicações dos trabalhadores. Diante de um novo modelo de acumulação de capital pela indústria era necessário a ampliação dos trabalhadores assalariados nas cidades e a classe proletária passava a ser inserida em circunstâncias precárias de habitação, higiene e saúde, conforme Maria Inês (2006).

Lembrando que no período de 1930 a 1945 a saúde e a assistência médica eram mediadas pela previdência social, ou seja, para aqueles que contribuíssem através dos trabalhos com carteira assinada, tornando-o seletivo e excludente, para Bravo e Matos (2006).

Com o passar dos anos, as ideias sanitárias ganham força no país avançando nas lutas sociais e democráticas, o Estado cria alternativas pela necessidade de formulação de políticas sociais para manutenção de vida e trabalho da população. A partir da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde pública foi estabelecida no Art. 196 como “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988), além de legitimar a universalização de outras políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Tal concepção de política sanitária, permitiu uma ampla percepção sobre o conceito de saúde, já inserida pelos organismos internacionais, no que perpassa a ideia de ausência de doença, mas que tem a compreensão que os determinantes sociais implicam no processo saúde-doença, especialmente do trabalhador.

A Política de Saúde que atualmente compõe a Seguridade Social foi parcialmente adotada pelo Projeto de Reforma Sanitária, tendo em vista que nem tudo foi proposto pelo movimento devido à “forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado” (Paim et al., 2011, p.18). O Paim (2009) ainda complementa que a Constituição Federal (Brasil, 1988) prescreveu que os serviços de saúde podem ser mercantilizados pela iniciativa privada. O Movimento de Reforma propunha a “defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais”, conforme o Conselho Federal de Serviço Social (2010).

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. (Paim et al. 2011, p.18)

Para tanto, os fundamentos da proposta da Reforma Sanitária constitui-se na

democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010).

Posteriormente à Constituição Cidadã de 1988, nos anos de 1990, o Estado brasileiro regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº 8.080 (Brasil, 1990), universalizando o acesso à saúde pública a toda população, comumente conhecido como SUS – Sistema Único de Saúde, permitindo aos trabalhadores o acesso gratuito aos bens e serviços de saúde.

Lembrando que, para maior organização dos serviços de saúde e implementação das políticas em saúde, o SUS é dividido em níveis de complexidade, sendo eles: Atenção Primária à Saúde (APS), onde ficam disponibilizados os serviços de Programa de Saúde da Família (PSF); média complexidade, as UPA's, UPAC's, SER, CEO, PPF, CER – na lista de siglas estão descritas o nome de cada uma delas –, enquadram-se aqui; e por fim, a alta complexidade, com os serviços de hospitais gerais, hospitais especializados, pronto-socorro e, maternidade.

No Brasil, mesmo com a existência e funcionamento do SUS o custo individual para a manutenção do cuidado e tratamento da DM é alto. Embora o direito à saúde seja um direito universal a toda a população, há ainda aqueles diagnosticados com a doença, mas não acessam esses direitos bem como aos serviços e os recursos de saúde disponíveis para o tratamento. Conforme explica Araújo et al.

Este fato, muitas vezes, leva a atitudes não racionais, como rotinas de administração de medicamentos, práticas domiciliares e uso de insumos de maneira não adequada, o que pode gerar mais gastos e condutas inapropriadas no manejo da doença, potencializando o desencadeamento de complicações. (Araújo et al., 2023, p. 02)

Os autores ainda dizem que, de acordo com estudos feitos no Estado de Pernambuco e Piauí, há uma evidência da relação do tratamento da doença com a baixa renda familiar entre aqueles que participaram da pesquisa, isto é “a hipossuficiência financeira da pessoa com DM pode comprometer diretamente o controle e a manutenção do seu tratamento, enquanto o recurso financeiro disponível é alocado para recursos básicos na sobrevivência da família” (Araújo et al, 2023, p.06).

A história do Brasil é permeada pela desigualdade social, onde o modelo de sociedade em que se vive distribui a produção da riqueza social de forma desigual, corroborando para a permanência das desigualdades e manutenção do sistema, no dizer de Uchôa:

O Brasil é um país marcado, historicamente, por profundas desigualdades na distribuição da riqueza socialmente produzida, pelo domínio da política econômica sobre a política social e pela interferência de interesses econômicos privados na formulação das políticas públicas sociais (2014, p.08).

Como lembra Rocha e David (2014, p.04), “combater a desigualdade significa melhorar o nível de saúde, mas para tal, faz-se necessário desenvolver políticas intersetoriais – econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.”. Com base nessa afirmativa, a intersetorialidade nas políticas públicas é essencial para combate e enfrentamento das desigualdades. Para Uchôa (2014) o debate da intersetorialidade na política de saúde iniciou-se no século passado estando associado a questão dos determinantes sociais.

Em outros termos, isso significa dizer que já faz algum tempo que se reconhece que a saúde das pessoas é o resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem, e que, portanto, ter saúde não depende apenas de serviços de saúde, mas também de escolas, moradia, emprego, transporte, entre outros serviços. (Uchôa, 2014, p.04)

Portanto, ter saúde é ter políticas públicas, e estas interligadas, para a qualidade de vida da classe trabalhadora, pois os Determinantes Sociais da Saúde interligam as condições de trabalho, moradia, saneamento básico, produção agrícola e de alimentos, educação e serviços sociais de saúde, além da ausência ou não de doenças. Sendo assim, quanto mais investimentos nas políticas sociais, menores serão as desigualdades no sistema em curso ainda não superado, o Modo de Produção Capitalista (MPC).

Para finalizar, destaca-se um dos exemplos estudado por Malta et al. (2020), onde verificou-se que houve a redução de diferenças das desigualdades a partir da escolaridade entre indivíduos diabéticos, apontando mudanças significativas com investimento das políticas sociais, melhorou-se a formação acadêmica e a renda.

3.3. Comparação entre Diabetes Mellitus e Determinantes Sociais de Saúde através de artigos

Nessa seção objetivou-se expor os Determinantes Sociais de Saúde entre a população com Diabetes com base nos artigos selecionados, para isso construímos uma tabela com a lista dos artigos utilizados expondo o número de de identificação, título, autores e o ano da publicação.

Quadro 02 - Artigos Selecionados

Núm.	Título	Autores	Ano
1	Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos	Anny Mirene Alves Moreira Rodrigues; Alessandro Leite Cavalcanti; José Lucas dos Santos Henrique Pereira; Carolina Lúcio Cunha de Araújo; Ítalo de Macedo Bernardino; Raiff Leite Soares; Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire; Renata de Souza Coelho Soares.	2018
2	Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida	Tiago Pereira de Almeida; Paulo Gilvane Lopes Pena	2021
3	Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos	Diego Salvador Muniz da Silva; Daniela de Assumpção; Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco; Mônica Sanches Yassuda; Anita Liberalesso Neri; Flávia Silva Arbex Borim.	2022
4	Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional	Luisa Sorio Flor; Monica Rodrigues Campos	2017
5	Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)	Francisco Viacava; Silvia Marta Porto; Carolina de Campos Carvalho; Jaime Gregório Bellido.	2019
6	Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso	Luísa Sorio Flor; Monica Rodrigues Campos; Andreia Ferreira de Oliveira; Joyce Mendes de Andrade Schramm.	2015
7	Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016–2017	Deborah Carvalho Malta; Regina Tomie Ivata Bernal; Quéren Hapuque de Carvalho; Jill P. Pell; Ruth Dundas; Alastair Leyland; Leda Lúcia Couto de Vasconcelos; Lais Santos de Magalhaes CardosoI; Sheila Rizzato Stopa; Mauricio Lima Barreto.	2020
8	Dificuldades dos Pacientes Diabéticos para o Controle da Doença: Sentimentos e Comportamentos	Péres, Denise Siqueira; Santos, Manoel Antônio dos; Zanetti, Maria Lúcia; Ferronato, Antônio Augusto.	2007

Fonte: Elaboração própria, 2024.

O primeiro artigo a ser analisado, foi desenvolvido em um Estado do nordeste com os usuários cadastrados nas Estratégia Saúde da Família (ESF), o mesmo tem por título *Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos*.

Na verificação do uso dos serviços de saúde os pesquisadores levaram em conta os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como: a escolaridade, situação empregatícia (desempregado, empregado, aposentado e/ou pensionista), moradia, acesso a serviços sociais de saúde, renda mensal familiar e cadastro em algum programa de renda. Contudo, os mesmos não apresentaram questões relacionadas ao acesso ao saneamento básico – água e esgoto – e acesso à alimentação adequada.

Sobre o acesso aos serviços públicos de saúde entre os pacientes diabéticos, verificou-se um empate entre o uso regular e o uso sem regularidade, respectivamente 40,6% e 40,1%, explica Rodrigues et al. (2018). Ainda assim, os autores concluíram que o uso dos serviços de saúde pode ser explicado nas diferenças segundo os DSS, sobretudo quando analisados a partir das condições de escolaridade, levando-nos a entender que isso corrobora com a renda.

Um dado que chama a atenção é que a frequência de pessoas com alta escolaridade (igual ou superior a 12 anos de estudo) foi significativamente maior entre os que utilizavam serviço particular ou convênio em comparação com usuários do serviço público, um resultado consistente com o observado em estudos prévios. (Rodrigues et al., 2019, p.852)

Em um outro artigo, a pesquisa foi feita na cidade de Salvador – BA, com pacientes das Unidades de Saúde da Família (USF) e em um Centro Estadual de Referência em Diabetes. Os autores levaram em conta que o acesso aos serviços de saúde e a mudança no estilo de vida dos diabéticos é permeada por dificuldades, tanto para a chegada e acesso aos serviços de saúde, permeada de barreiras urbanísticas, como aceitação na mudança para alimentação adequada ao paciente.

Em relação a locomoção da residência a unidade de saúde para acesso ao tratamento Almeida e Pena (2021) apontam que os usuários indicam a dificuldade com o transporte público tendo em vista que alguns deles têm a amputação de um dos membros inferiores e também a estrutura da cidade construída no período colonial ao qual não foi adaptada às transformações sociais, bem como o crescimento populacional.

No tocante a questão alimentar, é fundamental entender que a mudança ultrapassa o acesso a alimentos indicados, há questões culturais, de afetividade, de prazer, identidade, lembranças afetivas conectado com a refeição, tornando-se mais fácil tomar medicamentos do que a mudança alimentar, exemplifica Almeida e Pena (2021).

Doravante, em razão da falta de segurança, falta de áreas verdes, impossibilitaram os usuários de exercerem uma atividade física e de lazer que ajudasse a prevenir o aparecimento da doença. Também foram consideradas as condições de moradia, a ocupação dos entrevistados – que exercem ou exerceram –, como fatores influenciadores no tratamento e mudança no estilo de vida.

O terceiro artigo estudado, desenvolvido na cidade de São Paulo, com idosos acima dos 65 anos, descreve sobre as ocorrências das doenças crônicas, inclusive sobre a Diabetes. Mas a discussão sobre as implicações dos DSS fica muito vaga, apresentando apenas a escolaridade de forma desarticulada de outros determinantes, concluindo que os idosos com baixo nível de ensino apresentam maior prevalência de doenças crônicas, especialmente da Diabetes Mellitus.

Para Silva (2022) um fator que determina os quadros de saúde e doença é a escolaridade, sendo perceptível ao longo do estudo que idosos com a escolaridade baixa apresentam uma maior prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica entre as doenças crônicas. Isso porque as condições de vida e as questões relacionadas à saúde, como o consumo moderado ou não de álcool e outras drogas, a prática de atividade física, alimentação saudável, são apresentados como comportamentos deficitários que tem um forte impacto na saúde da população diabética, sobretudo na população idosa. Em razão do “processo natural de envelhecimento promove alterações orgânicas que propiciam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de *Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT*” (Silva et al., 2022, p.07).

A baixa escolaridade impacta nas condições de vida e saúde pela dificuldade em reconhecer as condições de saúde e adesão dos tratamentos, e/ou pela dificuldade no acesso à saúde pública. Por outro lado, os autores relatam sobre a necessidade de melhor compreensão dos determinantes sociais, no processo saúde-doença, e apresentarem sugestões para o controle das doenças crônicas, mesmo sendo um desafio para a saúde pública.

Ao analisar o artigo de número quatro, *Prevalência de Diabetes Mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional*, verificou-se a ausência de boa parte dos determinantes sociais, considerando o modelo dos

DSS por Dahlgren e Whitehead – apresentado no capítulo anterior. As autoras levaram em consideração a desigualdade econômica e social em todas regiões brasileiras, aplicando na pesquisa indicadores sobre o uso dos serviços de saúde e o nível de escolaridade, dentre outras questões que não se apresentam no objetivo deste capítulo.

Assim, dois fatores importante associado a DM foi a renda e a baixa escolaridade pois, conforme Flor e Campos, “indivíduos analfabetos ou com baixa escolaridade apresentam a prevalência de DM” (2017, p.19), além de estarem atrelados ao acesso às unidades de saúde.

Uma baixa escolaridade também esteve associada a uma maior prevalência de DM. Tal associação já havia sido verificada anteriormente, tanto no Brasil como em outros países. A prevalência de diabetes encontrada em uma região brasileira marcada pela baixa renda e pela baixa escolaridade mostrou-se bastante superior àquela encontrada entre adultos de outras regiões. (Flor e Campos, 2017, p.25-26)

Em outro momento, verifica-se na literatura produzida com os dados de 1998-2003, o debate sobre as incidências das desigualdades regionais e sociais diante das condições de saúde e do uso dos serviços, tendo em vista que a pesquisa foi desenvolvida nas cinco regiões e no Distrito Federal do país. Na época estudada os dados indicaram que houve uma melhoria nos serviços de saúde em todas as regiões, mas há grandes diferenças regionais no Norte e Nordeste se comparado com as demais. Para Viacava et al. (2019) estas duas regiões apresentaram “pior avaliação do estado de saúde, maior restrição de atividades, e menor uso de serviços de saúde, apesar da maior cobertura pelos programas públicos” (p.2746).

Particularmente, o nordeste brasileiro não é isento das consequências da desigual distribuição das riquezas e da desigual apropriação dos recursos, e quando comparado a outras regiões apresenta disparidades sociais e econômicas, refletido nos riscos de adoecimento em Diabetes e outros problemas de saúde, sendo exposto nos DSS.

Ainda segundo Viacava et al. (2019) complementam que as diferentes situações sociais e econômicas resultam em desigualdades de saúde entre os indivíduos, essas diferenças são manifestas no processo saúde-doença, levando em conta as condições de saúde e uso dos serviços para a saúde. Ou seja, segundo os autores, a questão dos níveis de escolaridade são fatores que influenciam na continuidade dessas desigualdades. Quanto maior a diferença de acesso à educação, maior será a desigualdade no acesso à saúde; simultaneamente quanto maior a renda o uso e o acesso aos serviços de saúde também incrementam. Além disso, dados de 2013 apresentam que “entre as pessoas de 19 a 59 anos,

percebe-se um aumento da prevalência de Diabetes nas de menor escolaridade, que chega a 6,5%” (Viacava et al. 2019, p.2750).

Na pesquisa de número seis, por título de *Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso*, é feita nas grandes regiões do Brasil relacionando as incidências de DM com a obesidade, o sobrepeso e o excesso de peso. A carga da doença referida “ foi descrita por meio dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, a partir da soma de dois componentes: anos de vida perdidos por morte prematura e anos de vida perdidos devido à incapacidade” (Flor et al., 2015, p.01).

Apesar da pesquisa apontar que a maioria da carga do Diabetes estava relacionada aos fatores de risco passíveis de mudanças, ela não apresenta a relação da obesidade e da Diabetes com os determinantes sociais da saúde, embora cite brevemente sobre o acesso aos serviços de saúde e caracterize-se como uma pesquisa relevante para o estudo da Diabetes.

Ao analisarmos o sétimo artigo, verificou-se que a busca de dados e informações para desenvolvimento do mesmo, ocorreu através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) que, desde 2006 usa o método de verificação dos casos de doenças crônicas para obtenção de dados empíricos sobre o tema nas capitais do Brasil e no Distrito Federal. Para tanto, a discussão que apresentou-se o texto verificou a incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres usuárias e não usuárias do Programa Bolsa Família (PBF) – maior programa de transferência de renda do mundo, desenvolvida na proteção social como forma de enfrentamento do problema da fome.

Essas mulheres estão inseridas no contexto de baixa renda, com baixa escolaridade, foram apontadas pelo o estudo como os grupos populacionais mais vulneráveis a essas enfermidades. Segundo as autoras, as doenças crônicas e seus fatores de risco estão mais presentes nos grupos populacionais femininos de baixa renda, acumulando os piores indicadores entre os mais pobres. Elas apresentam as

Maiores prevalências de tabagismo, excesso de peso e obesidade, menor consumo de frutas e hortaliças, maior consumo de refrigerantes [...] essas mulheres também tiveram menos prática de atividade física no lazer, embora com maior atividade física no domicílio, ou desempenhando tarefas de limpeza pesada da casa, além de maior tempo assistindo à TV. (Malta et al., 2020, p.11)

Notoriamente, entre as participantes da pesquisa há uma disparidade no nível de escolaridade deixando-as mais suscetíveis aos riscos da Diabetes, mas “as diferenças

desaparecem entre mulheres mais escolarizadas mostrando que a desvantagem destas pode ser superada mediante maior investimento em educação", conforme Malta et al. (2020). Em outro aspecto, nesta mesma pesquisa quando os indicadores sociais de renda e educação foi ajustado, detectou-se a associação entre o nível educacional e a Diabetes Mellitus, isso provavelmente porque a escolaridade expressa também um nível socioeconômico, refletindo no acesso a promoção, a medicamentos, e aos serviços de saúde, (Malta et al., 2020).

Por fim, a última literatura estudada debateu sobre as dificuldades dos diabéticos em relação ao tratamento e controle da doença, apontando que a maior dificuldade encontrada pelo paciente diabético é a restrição alimentar, a mudança nos hábitos alimentares, e também a adesão ao tratamento da parte medicamentosa. A aceitação do tratamento e aplicação das práticas para Mudança no Estilo de Vida (MEV) é um “processo lento e difícil” (Péres et al., 2007, p.2). Os autores ainda apontam que a dificuldade na modificação no estilo de vida perpassa por cinco fatores, sendo eles, os hábitos adquiridos, o horário definido, o valor cultural do alimento, as condições socioeconômicas, e a questão psicológica envolvida.

Percebe-se que, em sua maioria, as bibliografias estudadas não trazem a discussão sobre a relação direta entre os Determinantes Sociais da Saúde e sua relação com a Diabetes. Além do mais, as pesquisas não apresentaram uma articulação entre os determinantes sociais da saúde, os quais atravessam o processo saúde-doença, e as influências que potencializam o pioramento da Diabete, sobretudo na população trabalhadora.

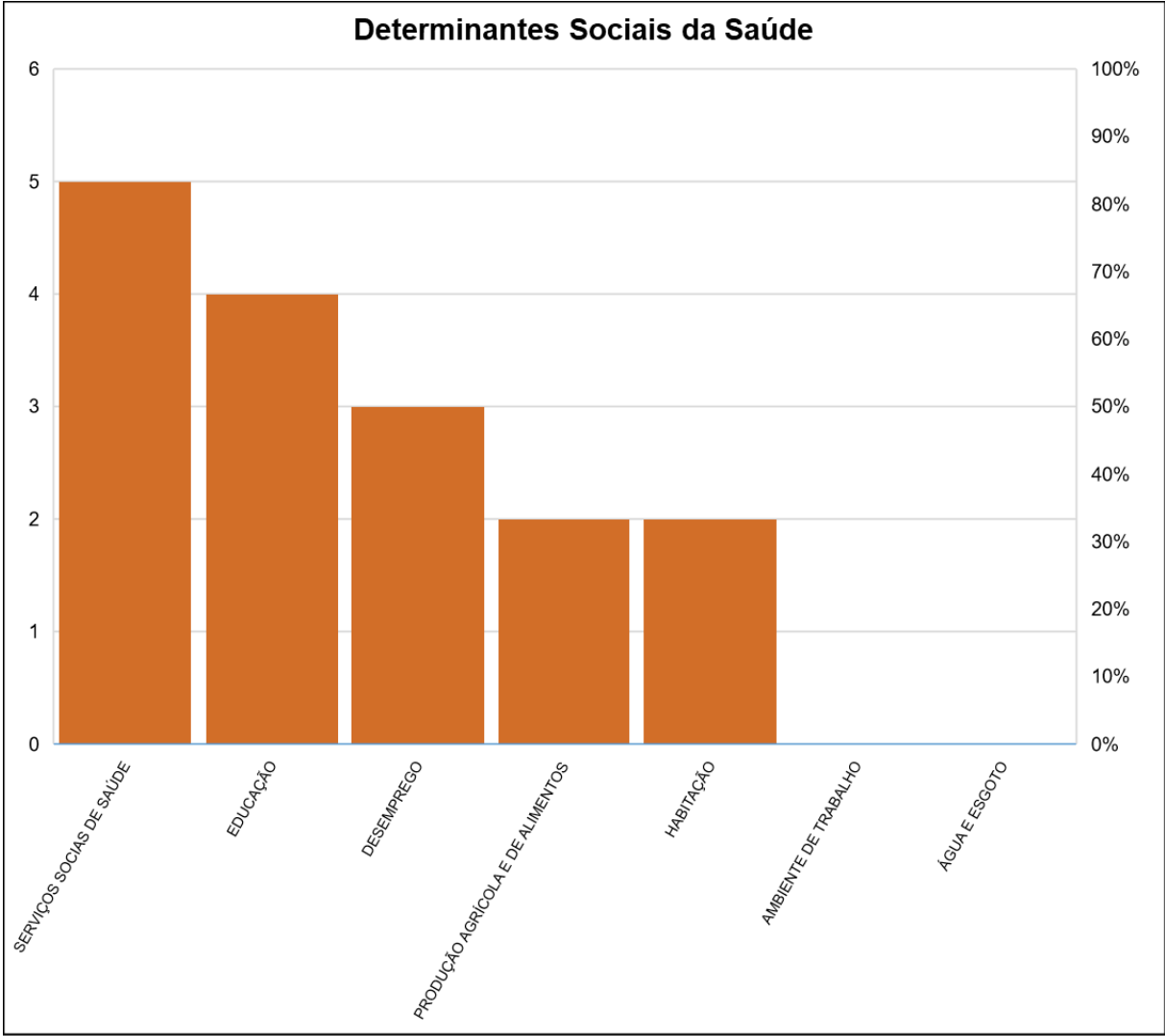
Adicionalmente, as articulações que estão interligadas entre si são aparentemente contraditórias, pois espera-se que os debates na literatura da saúde coletiva estejam relacionados com a totalidade social e articulado com o projeto sanitário. A exemplo, os determinantes sociais estão articulados um com o outro e devem ser vistos em totalidade, não podendo ser analisado de forma isolada. Assim, as doenças devem ser entendidas a partir do modo de vida e trabalho, resultados de como nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem os indivíduos.

No tocante aos oito artigos estudados, examinamos os principais Determinantes Sociais de Saúde adquiridos para as pesquisas feitas sobre a Diabetes. Esses oito artigos compõem a totalidade da discussão. Ainda seguindo o modelo de Dahlgren e Whitehead sobre os DSS destaca-se os principais, lembrando, os que foram utilizados na pesquisa para construção da presente monografia.

Sendo assim, ao observar-se todo o cenário nos artigos analisados, conclui-se que muitas são as dificuldades impostas pelo sistema contemporâneo associado à saúde pelos

determinantes sociais. Muitas são essas dificuldades para que os pacientes mudem os hábitos e o estilo de vida, como forma de tratamento e prevenção contra a Diabetes, em busca de tornar melhor a qualidade de vida.

Figura 02 – Principais Determinantes Sociais



Fonte: Elaboração própria (2024)

Com isso, os principais determinantes da saúde empregados pelos autores na literatura analisada, segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead, foram:

1. Serviços Sociais de Saúde (82%)
2. Educação (67%)
3. Desemprego (50%)
4. Produção Agrícola e de Alimentos (31%), e Habitação (31%)

5. Água e esgoto (0%), e ambiente de trabalho (0%)

Portanto, conclui-se que, nas literaturas produzidas sobre os Determinantes Sociais apresentam significativa a relação entre Diabetes Mellitus e ao acesso aos serviços de saúde, o acesso à educação – esse Determinante Social caracterizou-se associado a uma maior prevalência da doença estudada entre os indivíduos, configurando-se também como um indicador socioeconômico. Além disso, notou-se no estudo que as disparidades sociais e econômicas são um fator influenciador da doença.

Em outro ponto, alguns artigos relatam sobre as questões de ocupação, porém não colocam nos questionários sobre as condições de trabalho e sua relação no ambiente e ao analisar sobre o acesso ao saneamento básico, nenhum dado nas pesquisas foram encontrados. Portanto, os determinantes sociais da saúde como um todo, não são profundamente discutidos nas literaturas acadêmicas, conforme os oito artigos estudados neste capítulo.

4. PANORAMA SOBRE A DIABETES NO BRASIL E NA CIDADE DO RECIFE

Neste último capítulo objetivamos desenvolver breves apontamentos com base em dados sobre a Diabetes no Brasil e na cidade do Recife. Como procedimento metodológico na busca de dados empíricos, utilizamos os dados disponibilizados pelo Vigitel³, Datapedia, IBGE, Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional, Mapa InSAN.

Inicialmente, o primeiro subtópico concentrou-se em dados referentes ao número de diabéticos com diagnósticos no Brasil nos anos de 2013 e 2023, período de uma década, onde cruzamos com alguns dados sobre a escolaridade, níveis de segurança alimentar e renda.

Depois, desenvolvemos os aspectos gerais sobre a cidade do Recife e a Diabetes Mellitus, bem como as ações e os serviços de saúde disponibilizados à pessoa diabética desenvolvidas pela prefeitura do Recife.

4.1. Diabetes no Brasil: uma análise de dados dos anos de 2013 e 2023

³ Vigitel é o Sistema de Vigilância de Fatores do Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, as entrevistas telefônicas são realizadas anualmente em amostras da população adulta (18 anos ou mais). Desde 2006 essa ação é desenvolvida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Seu principal objetivo é monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. (Brasil, 2024)

Em 2013, a população brasileira estimada pelo IBGE (2013) foi de 201.032.714 milhões de habitantes. Assim, quando associado o número de habitantes do referido ano com o número de pessoas com Diabetes, levantamos dados referente ao percentual total de pessoas diabéticas. A estimativa desenvolvida pelo Vigitel (2013) foi que 6,9% da população tinha a doença crônica entre os entrevistados, ou seja, 13.871.257 pessoas acometidas.

Quadro 03 - Percentual de adultos diagnosticados com diabetes (maior ou igual a 18 anos), por sexo e idade. Vigitel (2013)

Idade (anos)	Mulheres	Homens	Total
18 a 24	0,5%	1,0%	0,8%
25 a 34	1,2%	1,2%	1,2%
35 a 44	3,6%	3,6%	3,6%
45 a 54	7,8%	9,3%	8,5%
55 a 64	15,6%	19,1%	17,1%
65 e mais	23,2%	20,3%	22,1%

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

No quadro acima avalia-se que pessoas idosas a partir dos 65 anos são as mais acometidas pela Diabetes, resultando em um total de 22,1%. Conforme João Salles (2024), endocrinologista e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes, isso se dá porque “em idosos ocorre a diminuição da produção de insulina pelo organismo, o que aumenta a quantidade de açúcar na corrente sanguínea e sobrecarrega o pâncreas”. Outros fatores também podem ser considerados para o desenvolvimento dessa doença crônica em idosos, tais como, sedentarismo, obesidade e hereditarismo. Vale destacar que, a Diabetes acomete pessoas idosas e jovens, porém pela idade ser um agravante é necessário mais cuidado e atenção à pessoa idosa.

Além disso, verifica-se também que nessa faixa etária o diagnóstico de Diabetes em mulheres é de 23,2% sendo maior do que o percentual em homens que corresponde a 20,3%. Uma das causas para isso é a baixa prática de exercício físico, pois segundo Leal (2014) “um estudo do Ministério da Saúde afirma que 41,2% dos homens praticam algum exercício físico em seu tempo livre, enquanto que 27,4% das mulheres fazem o mesmo”.

Outro motivo está relacionado à menopausa, pois nesse período ocorrem várias alterações hormonais que contribuem para o agravamento da Diabetes.

Do ponto de vista hormonal, é importante lembrar que as mulheres que já entraram na menopausa também ficam mais vulneráveis, pois os hormônios femininos que se alteram nessa fase contribuem para o controle do diabetes.

Além disso, as alterações hormonais ocorridas nessa fase estão associadas ao risco aumentado de obesidade e na mudança na distribuição de gordura abdominal. (Quem vê diabetes vê coração, 2023).

Além disso, a Diabetes Gestacional pode ser também uma das explicações da doença crônica acometer mais mulheres do que homens.

Mulheres que engravidam podem, eventualmente, desenvolver diabetes gestacional. A placenta libera hormônios que bloqueiam a ação da insulina, e o pâncreas, em alguns casos, não dá conta de equilibrar sua produção, o que pode provocar um aumento dos níveis de glicose no sangue. Aqueles que tiveram diabetes na gestação têm maior risco de ter diabetes em uma próxima gestação, e maior risco de desenvolver Diabetes tipo 2. (Quem vê diabetes vê coração, 2023).

Já no quadro abaixo se tem um percentual de indivíduos maior ou igual a 18 anos diagnosticados com Diabetes e seu nível de escolaridade.

Quadro 04 - Percentual de adultos (maior ou igual a 18 anos) diagnosticados com diabetes por anos de escolaridade. Vigitel (2013)

Escolaridade	Mulheres	Homens	Total
0 a 8	13,3%	11,1%	12,2%
9 a 11	4,5%	3,8%	4,2%
12 e mais	2,7%	3,9%	3,2%

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

Nota-se que quanto menor o nível de escolaridade, maior o diagnóstico de Diabetes, pois o percentual de mulheres diagnosticadas com Diabetes possuindo até 8 anos de estudo foi de 13,3%, já os homens tiveram uma porcentagem de 11,1%, sugerindo que pessoas com mais escolaridade são mais saudáveis.

De acordo com a pesquisadora Flávia Andrade (2018), “aqueles com menos instrução frequentemente sofrem com rendas mais baixas e mais durante essas desacelerações econômicas”. Ou seja, a maioria da população que tem um baixo nível de escolaridade também tem uma má qualidade de vida. Como são em sua maioria pessoas de baixa renda, inseridas em empregos informais ou de carteira assinada, possuindo uma carga horária de no mínimo 44 horas semanais, restando pouco tempo para prática de exercícios físicos ou consultas periódicas aos médicos.

Vale destacar que a maioria desses indivíduos recebem apenas um salário mínimo para custear moradia, alimentação, educação, lazer e saúde, além de possuírem uma carga horária de trabalho exaustiva. A renda não é suficiente para suprir todas as necessidades,

principalmente aquelas relacionadas à saúde, tendo que aguardar consultas pelo Sistema Único de Saúde que, de acordo com Lorena Segala (2020), tem um tempo médio de espera de quatro meses a um ano. Dessa forma, a maioria dessas pessoas acabam não tendo acesso aos atendimentos frequentes com um endocrinologista, nutricionista ou outros médicos e isto contribui para o agravamento de Diabetes e outras doenças.

Todos nós sabemos da importância de ir ao endocrinologista todo ano. No entanto, a maioria das pessoas somente procuram esse médico quando estão com algum problema, doença ou sintoma. Assim, quando chegam a consulta, descobrem diversas condições que antes não conheciam. Por exemplo: diabetes, problemas na tireoide, colesterol alto, entre outras. Por isso, é muito importante visitar o médico todos os anos e realizar os exames que ele pedir. Além disso, quando a pessoa já possui alguma dessas condições, deve ir às consultas mais de uma vez por ano (Policonsultas, 2021).

Entretanto, é evidente que grande parte dos indivíduos não possuem acesso a consultas frequentes com médicos, seja devido ao longo tempo de espera do Sistema Único de Saúde, ou por não possuírem renda para custear esses atendimentos com planos de saúde, o qual é na maioria das vezes privilégio apenas da classe média/alta.

Apenas 28,5% da população do país (59,7 milhões de pessoas) tinham algum plano de saúde médico ou odontológico em 2019. Na população com rendimento mensal de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, somente 2,2% tinham plano de saúde médico. Já na faixa de mais de cinco salários mínimos, 86,8% tinham plano. Das pessoas que tinham plano de saúde médico, 46,2% eram titulares que pagavam os seus custos diretamente ao plano, enquanto 45,4% dependiam parcial ou integralmente do empregador para pagar os custos. (Agência IBGE notícias, 2020).

Diante disso, observa-se que a população com mais escolaridade é a que na maioria das vezes ocupam os melhores empregos e possuem elevados salários, sendo possível manter uma vida saudável e equilibrada, com consultas mensais ou anuais aos médicos, além das práticas regulares de exercícios físicos, esportes, lazer, entre outras atividades. As quais contribuem para uma melhor qualidade de vida e consequentemente para porcentagens cada vez menores de diagnósticos de Diabetes e outras doenças crônicas.

Por outro lado, a população de baixa escolaridade, que em sua grande maioria são pessoas de baixa renda, possuem empregos com carga horária exaustiva e que pagam apenas um salário mínimo, não sendo possível assim custear atendimentos médicos, plano de saúde, alimentação, lazer, entre outros. Além de que, as práticas de exercícios físicos, na maioria das

vezes não são realizadas, devido às longas jornadas de trabalho e a falta de informação sobre alimentações adequadas também fazem com que essas pessoas possuam uma má qualidade de vida, sendo as mais propícias ao diagnóstico de Diabetes ou ao agravamento da mesma.

Mais adiante, no ano de 2023 os dados apresentam ainda a escolaridade como fator influenciador da Diabetes Mellitus. Com isso, o quadro abaixo demonstra dados sobre o percentual total dos 26 Estados e do Distrito Federal de adultos referidos com Diabete em idade superior ou igual a 18 anos, distinta entre homens e mulheres no ano de 2023.

Quadro 05 - Percentual de adultos (maior ou igual a 18 anos), por sexo e idade.
Vigitel (2023)

Idade (anos)	Mulheres	Homens	Total
18 a 24	0,60%	0,40 %	0,50%
25 a 34	3,50%	1,00%	2,40%
35 a 44	6,30%	4,40%	5,50%
45 a 54	11,40%	9,40%	10,40%
55 a 64	21,50%	23,40%	22,40%
65 e mais	31%	29,30%	30,30%

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

Com base nos apontamentos percentuais demonstrados no quadro acima, verificou-se que a Diabetes está mais presente em pessoas com faixa etária igual ou superior aos 65 anos, com 30,30%, nessa mesma idade as mulheres apresentaram 31,00% e os homens 29,30% da amostra total. Esses números, além de identificar que essa condição crônica afeta mais as pessoas idosas, mostram que entre os sexos as mulheres referiram mais o diagnóstico de Diabete do que os homens, totalizando uma diferença significativa de 2,4%. Tal fato ocorre por diversos fatores, um deles pode ser porque o número de entrevistas foi maior entre mulheres (13.558 mil) do que entre os homens (8.132 mil), mas também, como citado acima, pelas diferenças hormonais e a menor prática de atividade física. Apesar disso, não pode-se negar que os homens ainda buscam menos o cuidado e serviços de saúde, resultando no desconhecimento de possíveis doenças.

Embora tenha aumentado em 49,96% a procura do homem pelo médico entre 2016 e 2020, de acordo com o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), passando de 425 milhões de atendimentos para 637 milhões, os homens estão bem atrás das mulheres em termos de atenção à saúde. Dados do Programa nacional de Saúde (PNS) de 2019 revelam que apesar de 76,2% da população terem ido ao médico naquele ano, o que corresponde a cerca de 160 milhões de pessoas, a proporção de

mulheres (82,3%) superou em muito a dos homens (69,4%). (Agência Brasil, 2021)

Quando analisado o número de adultos (maior ou igual a 18 anos) por anos de escolaridade, apresentado no quadro nº 04, percebe-se que quanto menor é a escolaridade, maior é o número de pessoas com Diabetes. Notou-se que os anos de escolaridade de 0 a 8 representou no total 19,40%, já os de 12 anos e mais resultou em 5,50%, corroborando com a pesquisa feita por Silva et al. (2022) onde concluiu-se que, o principal determinante social da saúde entre pacientes diabéticos foi os níveis de escolaridade.

Quadro 04 - Percentual de adultos (maior ou igual a 18 anos) diagnosticados com diabetes por anos de escolaridade. Vigitel (2023)

Escolaridade	Mulheres	Homens	Total
0 a 8	22,50%	15,8	19,40%
9 a 11	9,00%	7,40%	8,20%
12 e mais	5,20%	6,00%	5,50%

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

Os baixos níveis de acesso à educação eleva o grau de pessoas com Diabetes, pois escolaridade e renda são dois fatores associados. Para Henriques (2003) a principal razão da desigualdade e, conseqüentemente, da pobreza é a educação, sendo necessário a garantia de igualdade de oportunidades e no mínimo condições de cidadania.

Como os dados apontaram que as pessoas acima dos 65 anos e pessoas com baixo nível de escolaridade são as mais acometidas com a Diabetes, coletamos dados do relatório⁴ do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) para verificar o estado nutricional de pessoas idosas com escolaridade até o ensino fundamental completo. Assim, a pesquisa afirmou que 14,04% das pessoas idosas estavam abaixo do peso, 47,91% em sobrepeso, e apenas 38,06% foram consideradas com peso adequado a idade.

Nesse sentido, a Diabetes Mellitus é uma doença crônica que requer cuidados com a alimentação e uma dieta alimentar regrada, pessoas idosas em situação de sobrepeso são mais propícias a desenvolverem o estado mais grave da doença e até mesmo a morte prematura, requerendo atenção regular ao acesso aos serviços de saúde, bem como a condição alimentícia adequada.

⁴ Os demais relatórios são de acesso público e podem ser encontrados pelo endereço eletrônico do SISVAN, <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

Guitarrara (2024) diante dos dados do IBGE destacou que “41% da população brasileira convivem com a insegurança alimentar”, seja ela leve, moderada ou grave. Outro dado inserido na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)⁵ de 2018 afirmou que a insegurança alimentar voltou a aumentar no país a partir de 2018, depois de constantes quedas nos índices a partir do ano de 2004.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), para medir os níveis de insegurança alimentar domiciliar é utilizado a Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (Ebia), caracterizando-os em quatro categorias, sendo elas:

Segurança alimentar: os moradores do domicílio têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente; Insegurança alimentar leve: apresentam comprometimento da qualidade da alimentação em detrimento da manutenção da quantidade percebida como adequada; Insegurança alimentar moderada: apresentam modificações nos padrões usuais da alimentação entre os adultos concomitante à restrição na quantidade de alimentos entre os adultos; Insegurança alimentar grave: são caracterizados pela quebra do padrão usual da alimentação com comprometimento da qualidade e redução da quantidade de alimentos de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes neste domicílio, podendo ainda incluir a experiência de fome (Brasil. Ministério da Saúde, 2024).

Com esse entendimento, a fome no Brasil é um problema persistente na contemporaneidade, embora a população brasileira que necessite de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), sejam assegurados com um valor mensal no combate à pobreza e redução das desigualdades. Entretanto, em alguns casos o valor transferido pelos programas são insuficientes para a manutenção da vida e atendimento das necessidades biológicas em padrões saudáveis.

Em dados divulgados pelo IBGE (2024), em 2015 a população de 15 anos ou mais estavam economicamente ativa, porém a maioria dos brasileiros recebiam de 2 a 3 salários mínimos, enquanto 1,9% recebiam de 10 a 20 salários mínimos, já no nordeste a maioria dos habitantes recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Complementarmente, em pesquisa realizada pelo Mapa InSAN (2022), foi possível verificar que o Norte e Nordeste somaram 58% do total de municípios inseridos na categoria de muita alta vulnerabilidade nutricional, só no nordeste brasileiro concentra-se 42%. Com base nisso, entende-se que a desigualdade de

⁵ Citado na pesquisa do Mapa InSAN, disponível em:
https://www.gov.br/mds/pt-br/caisan/monitoramento-da-san/MapaInSAN_20172022.pdf.

renda afeta os hábitos alimentares, tanto no consumo de alimentos adequados, quanto nas refeições diárias.

A exemplo de Pernambuco a problemática da fome ainda é muito presente. Em pesquisa realizada pelo SISVAN (2023), referente ao Estado no Anexo A, sobre o hábito de adultos em realizar no mínimo três refeições por dia, demonstrou-se que o problema da fome ainda é recorrente. Os resultados apontaram que de 61.179 mil pessoas acompanhadas, apenas 2.000 pessoas possuíam esse hábito diário.

Segundo o Centro Sabiá⁶ (2024) 33 milhões de brasileiros convivem com a fome, apenas em Pernambuco, no Nordeste brasileiro, concentra-se 2,1 milhões de pessoas passando fome, a segunda maior estatística do país estando atrás somente do Ceará, conforme dados da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN).

Para Castro (1984) o problema da fome justificava-se de certa forma na Região Amazônica pela pobreza dos recursos naturais de alimentos, mas na Região Nordeste as condições são diferentes, os recursos alimentares são propícios a suprir as necessidades alimentícias dos habitantes.

Assim, destaca-se que, as disparidades econômicas, fruto do modo de produção capitalista, acentuam os níveis de desigualdades sociais. Como apontado nos dados acima, a população de baixa escolaridade, representante do principal elemento da desigualdade salarial, são as mais atingidas com a Diabetes Mellitus.

Considerando os dados de escolaridade e pessoas diabéticas, entre os anos de 2013 a 2023, segundo dados do Vigitel desses anos, houve um aumento crescente de 7,2% de pessoas diagnosticadas com 0 a 8 anos de formação acadêmica, no Brasil. Portanto, enfatiza-se que a forma em que as pessoas vivem e trabalham repercute influência sobre sua saúde, ou seja, da atuação dos Determinantes Sociais.

4.2. Ações voltadas ao enfrentamento da Diabetes Mellitus no Recife

O Recife surgiu por volta de 1537, sendo povoado a partir dos anos de 1560, conforme o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN, 2024). A cidade foi chamada por Josué de Castro de *Capital do Nordeste Açucareiro*, devido a economia local movida pelo cultivo da cana de açúcar, trazida às terras brasileira pelos portugueses⁷.

⁶ “O Centro de Desenvolvimento Agroecológico Sabiá é uma organização não governamental com sede no Recife, Pernambuco, fundada em 1993, que trabalha para promoção da agricultura familiar nos princípios da agroecologia” (Centro Sabiá, 2024). Disponível em: <https://centrosabia.org.br/o-sabia/>.

⁷ Relatos encontrados no livro Geografia da Fome escrito por Josué de Castro.

No início de sua formação, o Recife era uma cidade que atraiu grande demanda populacional provenientes do sertão nordestino, onde o estilo de vida era dos mais precários e com recursos limitados, a expulsão da zona rural foi causada pelas secas periódicas do sertão e pelos salários insuficientes nas áreas das usinas (Castro 1984).

A capital pernambucana, desde sua formação, mostra aspectos de desigualdades sociais e de pobreza. A mesma é uma das expressões da questão social, cuja germinação ocorre no conflito capital-trabalho, essas expressões são múltiplas como o desemprego, trabalho precário, falta de moradia, dificuldade no acesso à educação, à saúde e ao trabalho, bem como outros elementos discriminatórios, de violência e de violação de direitos, ressalta Badaró (2013).

Complementado com Netto (2001, p.45) no modo de produção capitalista a pobreza cresce à medida em que aumenta-se a capacidade social de produção das riquezas, corroborando ainda com o referido autor, “a questão social é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo” .

No modo de produção capitalista, a venda da força de trabalho é a principal forma da garantia de sobrevivência da classe trabalhadora. Porém, nesse modo de produção, cujo objetivo primordial é a acumulação de renda e riqueza nas mãos de poucos, nem sempre é possível a garantia de acesso a um posto de trabalho e, conseqüentemente, o acesso à renda que garanta o atendimento das necessidades. (Arcoverde e Santos, 2011, p.2)

Para Henriques (2003, p. 68) “é fundamental reconhecer a desigualdade como principal fator de explicação do excessivo nível de pobreza do país”. Considerando que após longos anos de seu surgimento, o Recife, assim como outras cidades brasileiras, ainda não conseguiu superar essas desigualdades produto das relações capitalistas.

Conforme Josué de Castro (1984), nos anos iniciais da formação do Recife as possibilidades de ter-se as necessidades alimentares supridas pelas riquezas naturais de alimentos eram enormes, mas o colonizador colocou as necessidades do capital à frente das necessidades da população nativa.

Infelizmente não se quis... não o quis o colonizador português. De nada valeram as grandes possibilidades naturais que foram malbaratadas e inteiramente desaproveitadas em sua capacidade de fornecer alimentos às populações regionais. [...] Lançado na aventura açucareira, o colonizador sabia que se tinha de entregar de corpo e alma à cana-de-açúcar, sob pena de fracassar em sua empresa. E a cana se mostrou mais uma vez, como já se tinha mostrado antes, capaz de dar muito lucro, mas de exigir sempre muita coisa em compensação. (Castro, 1984, p.107, 109)

Ainda hoje, na sociedade em curso, a apropriação de riquezas socialmente produzida através da exploração do trabalho coloca a classe trabalhadora a depender do trabalho, formal ou não, por meio da venda da sua força de trabalho em troca de salário na tentativa de suprir suas necessidades. Marx e Engels (2007, p.33) dizem que para o ser humano viver, precisa-se satisfazer sua necessidade “de comida, bebida, moradia, vestimentas e algumas coisas a mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades”.

Na atualidade, segundo Sobreira (2022) um estudo⁸ apontou que no ano de 2021 a renda média mensal na capital pernambucana era de R\$831,66 por pessoa, mas 40% mais pobre da população viviam com R\$ 104 por pessoa mensalmente, apresentando assim, uma disparidade enorme de renda.

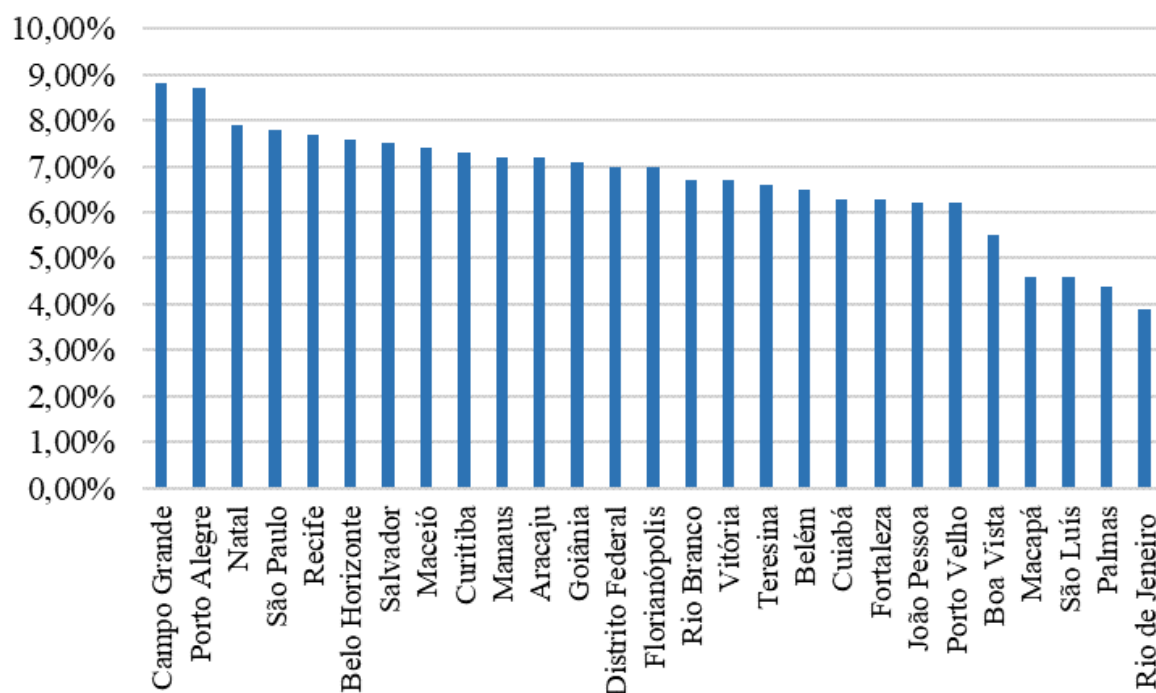
O Diário de Pernambuco (2023) divulgou dados do IBGE em que se constatou que no Recife em 2021, 6,7% da população estava em situação de extrema pobreza e 36,2% abaixo da linha de pobreza. A publicação ainda diz que no ano de 2021 a cidade foi a segunda com maior desigualdade, já no ano de 2022 o Recife ficou na sexta posição como a capital mais desigual do Brasil apresentando menores indicadores de desigualdade.

Na capital pernambucana, o número de habitantes em 2021 foi de 1.661.017 milhões. Correlacionando com os dados acima, estima-se que 111.288 mil pessoas estão inseridas em extrema pobreza e 601.288 mil abaixo da linha de pobreza. Com base nesses dados, as desigualdades ainda hoje perpetuam-se pelas raízes históricas de exploração do homem pelo próprio homem no Nordeste Açucareiro e parte da população convive com recursos limitados e em situações precárias.

Dentro desse contexto, a saúde populacional do Recife relativo a Diabetes, observa-se pelos dados divulgados pelo Vigitel 2021 que entre as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, a cidade do Recife em 2021 ficou em 5º (quinto) lugar com 8,9% de adultos referidos com Diabetes, conforme mostra a tabela nº 01. Segundo o IBGE (2022), o número de habitantes na cidade referida foi de 1.488.920 milhões de pessoas em 2022, cruzando o número de habitantes com o percentual de indivíduos diabéticos do mesmo ano, estima-se que aproximadamente 132.513 milhões de pessoas vivem com a Diabetes Mellitus.

⁸ O estudo foi desenvolvido pelo Observatório das Metrópoles junto com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), utilizando os dados da PNAD/ IBGE de 2021.

Tabela 01 - Percentual de adultos acima dos 18 anos referidos com diabetes no ano de 2021. Vigitel (2021)



Fonte: Elaboração própria, 2024

Para enfrentamento da doença e melhoria da qualidade de vida, verificou-se pelo site da Prefeitura do Recife que as ações desenvolvidas no município são feitas para promoção da saúde, detecção, prevenção, tratamento e controle da doença pelo sistema de saúde, de forma que o atendimento inicial para a população diabética ocorre pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Assim, os cuidados primários à saúde desenvolvidos na APS é comumente pontuado pelos autores da saúde coletiva como a porta de entrada da população brasileira para o Sistema Único de Saúde, além de ser uma forma de prevenção de complicações das doenças crônicas. Ressaltamos que a atenção básica é o principal elemento de atuação do Estado no enfrentamento à Diabetes.

Quando mais grave os casos, os indivíduos são encaminhados para unidades de média complexidade, como as policlínicas distribuídas nos distritos sanitários (Prefeitura do Recife, 2015). As unidades de saúde para tratamento da doença no município estão distribuídas entre Unidade de Saúde da Família, Upinhas, Unidades Básicas Tradicionais, Centros de Saúde, Policlínicas e polos do Programa Academia da Cidade.

Para efeito de informação, os bairros do Recife são divididos em oito Distritos Sanitários pela secretaria de saúde para melhor atender a população, conforme o site da Prefeitura do Recife (2024), são:

DISTRITO SANITÁRIO I - Bairros: Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelho, Soledade, e Ilha Joana Bezerra. **DISTRITO SANITÁRIO II** - Bairros: Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho e Torreão. **DISTRITOS SANITÁRIOS III** - Bairros: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira. **DISTRITO SANITÁRIO IV** - Bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi. **DISTRITO SANITÁRIO V** - Bairros: Afogados, Areias, Barro, Bongü, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió e Totó. **DISTRITO SANITÁRIO VI** - Bairros: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina. **DISTRITO SANITÁRIO VII** - Bairros: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama. **DISTRITO SANITÁRIO VIII** - Bairros: Cohab, Ibura e Jordão. (Prefeitura do Recife, 2024).

Nessa perspectiva de enfrentamento à Diabetes, a prefeitura do Recife, através da Secretaria de Saúde, promove campanhas por mais de duas décadas como forma de conscientizar a população sobre a doença e enfatizar a importância do acesso aos cuidados em saúde e ao tratamento.

Uma delas foi o desenvolvimento de atividades educativas para saúde e nutrição, como forma de incentivar a redução de alimentos industrializados. Considerando que a nutrição se constitui como um dos pilares fundamentais para a saúde, porque a qualidade dos alimentos ingeridos têm impactos no organismo e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, obesidade e outras (Prefeitura do Recife, 2023).

Outra ação desenvolvida pela Prefeitura do Recife foi a 26ª Campanha Nacional em Diabetes com o tema “*Acesso aos cuidados e tratamentos do Diabetes*” promovida pela Secretaria de Saúde do Recife que ocorreu nos dias 14 a 30 de novembro de 2023 com o objetivo de fornecer informações sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças, detecção e gestão da doença realizando a medição da glicemia, pressão arterial, conversa com nutricionistas, orientações em saúde sobre a Diabetes e seus principais riscos (Prefeitura do Recife, 2023).

A iniciativa desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) busca enfrentar um desafio de saúde pública, conscientizando a população, pois a Prefeitura do Recife (2022) divulgou que em 2022, cerca 82.078 mil pessoas têm o diagnóstico de Diabetes Mellitus e realizam o acompanhamento pela Rede Municipal de Saúde. Sem contar aqueles que são portadores da doença, mas não sabem, pois de acordo com uma notícia publicada pelo G1⁹ (2019) metade dos portadores de Diabetes não sabem que têm a doença, por ser uma doença assintomática se torna mais difícil a sua percepção.

Sendo assim, através da campanha será possível identificar essas pessoas portadoras de Diabetes e que ainda não sabem, alertar a população sobre a importância de manter uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, informando sobre os cuidados necessários e facilitando assim o acesso na rede pública de saúde para um tratamento adequado.

Elevados níveis de glicemia podem desencadear complicações graves. O aumento da prevalência do Diabetes Mellitus está intrinsecamente ligado a uma série de fatores, como a transição epidemiológica, mudanças nutricionais, estilos de vida sedentários, sobrepeso, envelhecimento populacional e a prolongada expectativa de vida dos indivíduos com diabetes. A prevenção eficaz envolve a prática regular de atividades físicas, a adoção de uma dieta saudável e a evitar o consumo de álcool, tabaco e substâncias prejudiciais (Prefeitura do Recife, 2023).

Posto isto, nota-se que alguns hábitos podem desencadear ou agravar a Diabetes Mellitus, como por exemplo o sedentarismo, pois de acordo com o médico João Sales “o aumento do Diabetes se dá basicamente pelo aumento da obesidade e do sedentarismo, é a mesma relação” (Guimarães, 2017). Sendo assim, a prática de exercícios físicos e a adoção de uma alimentação mais saudável pode amenizar os riscos de complicações dessa doença crônica.

Além disso, em 2024 a Secretaria da Saúde (SESAU) promoveu outra ação destinada aos indivíduos que têm Diabetes com a campanha denominada “Lava pés: cuidado com o pé diabético” teve como objetivo realizar avaliações nos pés das pessoas com Diabetes Mellitus (DM), para identificar lesões e fornecer as devidas orientações dos cuidados necessários (Diário de Pernambuco, 2024).

Durante a atividade, os profissionais realizarão avaliações nos pés das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) para identificar alterações precocemente e fornecer orientações sobre os cuidados necessários. Serão

⁹ Portal de notícias brasileiro do Grupo Globo.

analisados possíveis deformidades, joanetes, ressecamento da pele (que pode levar a fissuras e ulcerações), anormalidades na cor, presença de calos, entre outros aspectos clínicos. Além das avaliações, os participantes receberam informações sobre a doença, seus fatores de risco, prevenção e a importância do autocuidado. (Diário de Pernambuco, 2024).

Para conhecimento, o pé diabético é caracterizado por um conjunto de alterações que podem ocorrer nos pés das pessoas com Diabetes que possuem a glicose não controlada, sendo assim, pode surgir feridas que demoram a cicatrizar, podendo ocorrer infecções e quando negligenciado pode levar até a amputação do membro. Alguns dos sintomas do pé diabético são formigamentos, queimação nos pés, perda da sensibilidade local, dormência, sensação de agulhadas, entre outros (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015).

Enfatiza-se que, é necessário que o paciente portador da Diabetes Mellitus e com características do pé diabético tenha alguns cuidados na higienização, mantendo os pés sempre limpos, hidratados e protegidos. Vale destacar que na cidade do Recife em 2008 já se tinha um percentual de 58,9% de amputações por conta de complicações no pé diabético (Talvares, 2008).

Além disso, a maioria dessas amputações é realizada em indivíduos de baixa renda e que tiveram poucas orientações ou nenhuma em relação ao pé diabético.

O tempo de espera pela consulta para mostrar o pé ulcerado ao médico foi superior a um mês para 81,2% deles. Esse mesmo percentual disse não ter examinado o pé no último ano e 74,1% não receberam orientações sobre cuidados que devem ter com o pé diabético. Neste caso o risco de amputação é 3,6 vezes maior (Talvares, 2008).

Observa-se também que na cidade do Recife a faixa etária que teve o maior número de amputações foram pessoas idosas.

Dentre os amputados, 58,9% eram moradores da Região Metropolitana do Recife, área do estado com maior concentração de equipes de saúde da família e 95,2% foram admitidos no hospital com a glicemia acima de 126 miligramas (mg) por decilitros (dl). De acordo com resultados do estudo, esse é o fator que aumenta em duas vezes o risco de amputação, já que a taxa limite de glicemia em jejum fica entre 70 mg/ml e 99 mg/dl. A prevalência das amputações foi maior no grupo etário de 60 anos ou mais e não houve diferença estatística significativa entre homens (55,3%) e mulheres (54,7%). (Talvares, 2008).

Nota-se que é de extrema importância as campanhas desenvolvidas pela Prefeitura do Recife para prevenir as complicações causadas pela Diabetes Mellitus, pois grande parte dos indivíduos estão inseridos em um contexto de baixa renda e não realizam consultas frequentes

com os médicos e através dessas ações é possível alertar a população e evitar problemas futuros.

Vale salientar que as ações desenvolvidas pela Prefeitura do Recife não são recentes, estima-se que todos os anos são realizadas ações em comemoração ao Dia Mundial da Diabetes celebrado no dia 14 de novembro desde 1991, entende-se que a Prefeitura busca sempre realizar campanhas todos os anos visando alertar a população sobre os cuidados necessários para combater a Diabetes. Em 2014 mesmo o tema do evento foi “Colabore hoje para mudar o amanhã”, com a realização do teste de glicose, pressão arterial, instruções sobre alimentação saudável e a importância da prática de exercícios físicos.

Mas, mesmo com todas essas ações, Coutinho (2018) descreve que o percentual de diabéticos aumentou, pois em 11 anos ocorreu um crescimento de 54,3% especificamente nas mulheres recifenses Para o autor, segundo os dados Vigitel, o índice que era de 5,7% em 2006 passou para 8,8% em 2017.

A Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) divulgou esta semana que houve um aumento de 54,3% entre 2006 e 2017, de mulheres da capital pernambucana com diagnóstico médico de diabetes. Há 11 anos, as pacientes identificadas com a doença na cidade eram de 5,7% e passaram para 8,8%. Em relação ao resto do País, as recifenses ocupam, atualmente, o terceiro maior percentual da doença, ficando atrás do Rio de Janeiro e de Vitória. (Coutinho, 2018).

Considera-se fundamental, a necessidade de ações mais efetivas para melhor qualidade de vida dos indivíduos, em todos os aspectos, principalmente no tocante a melhoria no atendimento nas redes de saúde pública, pois como exposto, a população de baixa renda que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) tem que aguardar meses ou até anos por uma consulta, ou avaliação médica e esta situação contribui para o agravamento das doenças, principalmente quando se trata da Diabetes Mellitus (DM).

Conclui-se que é necessário por parte dos governos estaduais e municipais investimentos na saúde pública e em outros setores como educação, pois foi comprovado que a baixa escolaridade tem relação com o elevado número de diagnósticos da Diabetes Mellitus. Também é preciso investimentos na questão habitacional e urbana, proporcionando locais de lazer para a promoção da qualidade de vida. Além disso, é preciso ações direcionadas para o mundo do trabalho na geração de emprego e renda. Por fim, destaca-se que o Estado deve regulamentar a atuação da indústria alimentícia, reduzindo a circulação de alimentos que agravam a Diabetes Mellitus e disponibilizar recursos que favoreçam a agricultura familiar.

Além disso, considera-se fundamental que nós como sociedade civil pressione os entes públicos para o desenvolvimento efetivo dos serviços, principalmente para a população de baixa escolaridade e baixa renda, os quais são os mais afetados pelo agravamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

5. CONCLUSÃO

Ao longo da história da humanidade o ser humano utilizou vários modelos conceituais da saúde para explicar o processo saúde-doença, desde do mágico-religioso, o qual estava presente nos povos neolíticos, paleolíticos, hebreus, gregos e romanos até o surgimento do modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Os DSS são todos os fatores culturais, econômicos e sociais que influenciam na saúde dos indivíduos, ou seja, DSS são as condições de vida do ser humano que impactam no processo saúde-doença.

Com base nos apontamentos deste trabalho, verificou-se que fatores como moradia, renda, escolaridade, sedentarismo e alimentação inadequada ou insegurança alimentar influenciam no agravamento da Diabetes Mellitus (DM).

Salientamos que a DM tipo 1 e 2 se diferenciam uma pela produção reduzida da insulina e o outro pela resistência à insulina, respectivamente. Com esse entendimento pontuamos que a Diabetes é uma doença crônica que requer cuidados maiores com a saúde, visto que, o modo de vida, a forma como se tem acesso à alimentação, ao trabalho formal, ao acesso aos serviços de saúde irá repercutir na atuação dos DSS, influenciando nos agravos da DM.

Assim, é importante dizer que os DSS não são consequência do outro, mas devem ser analisados na sua totalidade, sabendo que sua atuação repercute no modo de vida e trabalho. A exemplo da escolaridade, quanto menor os anos de estudo, menor é a renda da população e maior é a quantidade de indivíduos com problema de Diabetes, pela falta do tratamento precoce, o acesso aos serviços de saúde, a alimentação correta, entre outros fatores, conforme mostraram os índices daqueles que são os mais afetados.

Ao longo deste estudo científico foi observado que pessoas com baixa escolaridade e consequentemente de baixa renda tendem a ser o grupo social que possui um elevado grau diagnósticos de Diabetes Mellitus. Assim, essas pessoas devido à falta de informação e renda para manter uma vida de qualidade, acabam desenvolvendo precocemente a Diabetes Mellitus

e por não possuírem um acesso frequente de consultas com médicos o quadro da doença se agrava.

Vale destacar que não foi possível fazer uma relação direta dos indivíduos de baixa renda como sendo os principais portadores da Diabetes Mellitus, embora saibamos que a escolaridade é o elemento primordial na repercussão da renda. Sendo comprovado que pessoas de baixa escolaridade e consequentemente de baixa renda possuem uma porcentagem mais elevada de diagnósticos da Diabetes Mellitus. Entretanto, a doença não escolhe classe social, podendo acometer também pessoas da classe média/alta.

Ao longo do desenvolvimento do presente trabalho também foi abordado o surgimento da medicina social e sua importância para os hábitos de higiene da população e fatores como modo e estilo de vida passaram a ser levados em consideração para o processo de adoecimento dos indivíduos, relacionando assim os Determinantes Sociais da Saúde com o processo saúde-doença da população.

Sendo assim, fatores econômicos, sociais e culturais passaram a ser analisados como influenciadores no processo saúde-doença dos indivíduos, pois para uma pessoa ter saúde é necessário ela está inserida em um contexto de completo bem-estar social, físico e mental para ter uma boa qualidade de vida.

Nessa perspectiva, constatou-se que a maioria da população de baixa renda está inserida em um contexto de moradia precária, falta de espaço e tempo para atividade física, insegurança alimentar e falta de acesso a serviços de saúde. Portanto, os casos de Diabetes Mellitus que atingem essa classe social podem apresentar várias complicações, devido à falta de uma alimentação saudável e equilibrada, consultas médicas frequentes e práticas de exercícios físicos.

Além disso, foi realizada uma análise de dados disponibilizados pelo Vigitel de pessoas diagnosticadas com Diabetes relacionando assim baixa escolaridade e a elevada porcentagem da doença, com abordagem das complicações da Diabetes Mellitus e a sua grande presença na cidade do Recife, principalmente no público feminino e em pessoas idosas.

Por conseguinte, foram destacadas ações realizadas pela Prefeitura do Recife que tinham como objetivo prevenir a doença, disseminar informações a respeito dos cuidados que deveriam ser tomados a fim de evitar complicações ocasionadas pela doença, principalmente aquelas relacionadas a amputação de membro e até mesmo óbito.

Vale salientar que se teve dificuldades em relação à coleta de dados para desenvolvimento do presente trabalho, devido a não atualização das informações por parte dos órgãos responsáveis. Este trabalho de conclusão de curso não se aprofundou em determinadas questões devido a esse déficit e ao pouco tempo para realização do mesmo, totalizando em três meses.

Enfatiza-se que, embora se encontrem artigos sobre Determinantes Sociais da Saúde e sua relação com a Diabetes Mellitus, inclusive outras doenças crônicas, as literaturas produzidas pela saúde coletiva trazem escassez nos debates sobre as influências dos Determinantes Sociais na saúde da pessoa diabética, diante do processo saúde-doença.

Porém, ainda foi possível encontrar dados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), o qual auxiliou bastante na coleta de dados, principalmente da cidade do Recife, podendo assim delimitar a região estudada e fazendo com que a presente monografia atingisse sua finalidade em relacionar os determinantes sociais da saúde com o agravamento da Diabetes Mellitus na cidade do Recife.

Muitos são os desafios enfrentados pelos habitantes do Recife, especificamente pela classe trabalhadora, que vive em contextos de negação e violação dos direitos, no sistema que coletiviza a produção, mas as riquezas produzidas pela coletividade estão nas mãos de poucos, isto é, são distribuídas de maneira desigual, gerando a questão social.

Ainda que saibamos que a saúde é um direito universal, não basta apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também o direito à alimentação saudável assegurado — regular, no mínimo três vezes ao dia —, a moradia digna, o acesso à educação, ao trabalho, em sua totalidade e constituídos como direito dos cidadãos pela Carta Magna do país.

Mediante a isto, conclui-se que a população recifense está entre uma das mais atingidas pelo diagnóstico de Diabetes Mellitus, constituindo-se como necessário ações por meio do governo em todas as esferas, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os indivíduos inseridos em um contexto de baixa renda, promovendo uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

ABOUT Diabetes. **International Diabetes Federation**. Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ALMEIDA, Thiago. PENA, Paulo. Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.31, nº4, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdzwvTLQ8q6KGSKP3Ssgrtx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 05 mar. 2024.

ARAÚJO, Raimunda. et al. Conhecimento e utilização de direito à saúde por usuários com diabetes: pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, Rio ou São Paulo, v. 27, p. 1-8, fevereiro, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pRhmqwQcCVvq4YQKvtNLTsP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 26 fev. 2024.

ARCOVERDE, Ana Cristina. SANTOS, Giselli Caetano dos. Pobreza conceitos, mensuração e enfrentamento no Brasil. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas UFMA**, São Luís. 2011. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/DESI GUALDADES_SOCIAIS_E_POBREZA/POBREZA_CONCEITOS_MENSURACAO_E_ENFRENTAMENTO_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 24 mar 24.

BADARÓ, Lúbia. Múltiplas expressões da questão social ecoam sobre a Infância e Juventudes. **SER Social**, Brasília, v.15, n.31, p.167-183, janeiro, 2013. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13039/11394. Acesso em: 24 mar. 24.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. **In:O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2007, p. 25-49. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39209/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAde-doen%C3%A7a%20-%20Sa%C3%BAde%2c%20Doen%C3%A7a%20e%20Cuidado.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan 24.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 1-22.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **Vigitel**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel#:~:text=O%20Sistema%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20de,os%20voltados%20para%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 23 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insegurança Alimentar e Nutricional**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 23 mar 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf. Acesso: 15 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso: 25 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso: 15 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional com foco na desnutrição (Mapa InSAN) a partir da análise do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).** 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/caisan/monitoramento-da-san/MapaInSAN_20172022.pdf. Acesso em: 27 mar 24.

BRASIL. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 26 mar. 24

BUSS, Paulo. FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYYxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jan 24.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. **Modelos conceituais de Saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde.** Recife, UNA-SUS UFPE. 2015 Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf. Acesso em: 19 fev. 24

CFESS. Resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 25 mar 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

COUTINHO, Renata. Diabetes nas recifenses cresceu 54,3% em 11 anos. **Folha de Pernambuco.** Pernambuco, 2018. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/diabetes-nas-recifenses-cresceu-543-em-11-anos/73301/>. Acesso em: 24 mar. 24.

CULTIVO de plantas e alimentação equilibrada garantem bem-estar e qualidade de vida. **Prefeitura do Recife.** Recife, 2023. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/30/03/2023/dia-da-saude-e-nutricao-cultivo-de-plantas-e-alimentacao-equilibrada-garantem>. Acesso em: 27 mar. 24.

DATAPEDIA em Recife. **Datapedia**, 2024. Disponível em: <https://datapedia.info/cidade/4994/pe/recife#mapa>. Acesso em: 22 mar 2024.

DIA Mundial do Diabetes é comemorado com ações de saúde no Recife. **Prefeitura do Recife**, 11.11.2015. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/11/11/2015/dia-mundial-do-diabetes-e-comemorado-com-acoes-de-saude-no-recife>. Acesso em: 27 mar. 24

DIABETES em idosos: descubra porque eles são mais propensos. **Abrigo do Marinheiro**, 2024. Disponível em: <https://www.abrigo.org.br/node/907#:~:text=Ele%20explica%20que%20uma%20das,sangu%C3%ADnea%20e%20sobrecarrega%20o%20p%C3%A2ncreas>. Acesso em: 26 mar. 24.

EQUIPAMENTOS de saúde. **Prefeitura do Recife**. Recife, 2024. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf?op=MTMz>. Acesso em: 25 mar 24.

FLOR, Luisa. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Revista de Saúde Pública**. Maio, 2015, p. 1-11. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2015.v49/29/pt>. Acesso em: 06 mar. 2024.

FLOR, Luisa. CAMPOS, Monica. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Março, 2017, v.20. n.01, p.16-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGVt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2024.

FACTS & Figures. **International Diabetes Federation**. 2024. Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FRANÇA, João. Como acabar com a fome em Pernambuco?. **Centro Sabiá**, 2023. Disponível em: [https://centrosabia.org.br/2023/06/13/como-acabar-com-a-fome-em-pernambuco-programa-comida-de-verdade/#:~:text=Mais%20especificamente%20aqui%20no%20Nordeste,\(2%C4%20mi\)](https://centrosabia.org.br/2023/06/13/como-acabar-com-a-fome-em-pernambuco-programa-comida-de-verdade/#:~:text=Mais%20especificamente%20aqui%20no%20Nordeste,(2%C4%20mi)). Acesso em: 26 mar 24.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4662435/mod_resource/content/1/ENGELS.pdf.

Acesso em: 22 fev. 24

GANDRA, Alana. Homem aumenta ida ao médico, mas mulher ainda cuida mais da saúde.

Agência Brasil, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/homem-aumenta-ida-ao-medico-mas-mulher-ainda-cuida-mais-da-saude#:~:text=Embora%20tenha%20aumentado%20em%2049,temos%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 23 mar 2024.

GESTATIONAL Diabetes. **International Diabetes Federation**. 2024. Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/gestational-diabetes/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Editora S.A., 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em 25 mar 2024.

GOMEZ, Carlos. COSTA, Sonia. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p.21-32, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 24.

GUIMARÃES, Keila. Diabetes: obesidade e sedentarismo fazem casos dispararem entre mulheres. **BBC News Brasil**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-41987016#:~:text=%22O%20aumento%20do%20diabetes%20se,medo%20da%20obesidade%22%2C%20alerta>. Acesso em: 20 mar. 24.

GUITARRARA, Paloma. Insegurança alimentar. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilestela.uol.com.br/geografia/inseguranca-alimentar.htm>. Acesso em: 24 mar. 24.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis ABEPSS**, Brasília, v.2, n.3, jan-jul, 2011. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 23 mar 24.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042. **Agência IBGE Notícias**, 2013. Disponível em:

[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14462-asi-populacao-brasileira-deve-chegar-ao-maximo-2284-milhoes-em-2042#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20projetada%20para,\(218%2C3%20milh%C3%B5es\).](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14462-asi-populacao-brasileira-deve-chegar-ao-maximo-2284-milhoes-em-2042#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20projetada%20para,(218%2C3%20milh%C3%B5es).) Acesso em: 22 mar 24.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). Pnad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. 2024 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-d-e-domicilios.html>. Acesso em: 27 mar 24.

HENRIQUES, Ricardo. Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social. In: **Pobreza e desigualdade no Brasil traçando caminhos para a inclusão social**. Brasília: UNESCO, 2003. p. 63-68. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000133974>. Acesso em: 27 mar 24.

HISTÓRIA - Recife. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1449/>. Acesso em: 01 abr 24.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL, Aline. Estudo mostra que homens praticam mais atividade física que mulheres. **Agência Brasil**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-10/estudo-mostra-que-homens-praticam-mais-atividades-fisicas-que-mulheres#:~:text=Estudo%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,de%20pessoas%20que%20se%20exercitam>. Acesso em: 25 mar 24.

METADE dos portadores de diabetes não sabem que têm a doença. **G1**. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/especial-publicitario/clinipam/guia-da-saude/noticia/2019/11/20/metade-dos-portadores-de-diabetes-nao-sabem-que-tem-a-doenca.ghtml>. Acesso em: 20 mar 24.

LIMA, Bianca. GERBELLI, Luiz Guilherme. Brasil tem recorde de 30 milhões de pessoas recebendo até um salário mínimo. **G1**, 18 set 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/09/18/brasil-tem-recorde-de-30-milhoes-de-pessoas-recebendo-ate-um-salario-minimo.ghtml>. Acesso em: 25 mar 24.

MALTA, Deborah. et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016–2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, junho, v.23, p.1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/BfGkjTnQK9bMk4b4v5xdL6B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 mar 24.

MAIS de 1 milhão de pernambucanos viviam com menos de US\$2,15 por dia, diz IBGE. **Diário de Pernambuco**, 06 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2023/12/mais-de-1-milhao-de-pessoas-em-pe-viviam-com-menos-de-us-2-1-diarios.html>. Acesso em: 24 mar. 24.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do Socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)**. São Paulo: Boitempo, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7888155/course/section/6531689/Marx%20_%20Engels%20-%20A%20ideologia%20alem%C3%A3%20%28Boitempo%29.pdf. Acesso em: 26 mar 24.

MILAGRES, Pedro. Silva, Carolina. KOWALSKI, Marizabel. O higienismo no campo da Educação Física: estudos históricos. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 30, n. 54, p. 160–176, jul, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2018v30n54p160/37041>. Acesso em: 31 jan 24.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. - Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2007.

MOREIRA, Maria Magna. Manifestações do Movimento Higienista em Caetanópolis (MG) no início do século XX. In: **XIX Encontro Regional de História**, 2014, Juiz de Fora., p. 1-23. Disponível em: https://www.encontro2014.mg.anpuh.org/resources/anais/34/1402625816_ARQUIVO_ManifestacoesdoMovimentoHigienistaemCaetanopolis_1_.pdf. Acesso em: 09 fev. 24

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Revista Temporalis**, Brasília, p.41-50, jan-jun, 2001. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 23 mar. 24.

O SABIÁ. **Centro Sabiá**, 2024. Disponível em: <https://centrosabia.org.br/o-sabia/>. Acesso em: 24 mar. 24.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jairnilson. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 17 mar 2024.

PÉ diabético. **Biblioteca Virtual em Saúde**. 2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/pe-diabetico-3/#:~:text=O%20p%C3%A9%20diab%C3%A9tico%20%C3%A9%20uma,cicatrizam%20e%20infec%C3%A7%C3%B5es%20nos%20p%C3%A9s>. Acesso em: 20 mar. 24

PÉRES, Denise. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, Dezembro, v.15, n.06, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/d85XstzvKWtHHs7HPrpQnck/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 08 mar 2024.

PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão a rede pública. **Agência IBGE Notícias**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vaio-a-rede-publica>. Acesso em: 23 mar. 24.

POBRES desenvolvem doenças crônicas concomitantes mais cedo. **Poder 360**, 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/saude/pobres-desenvolvem-doencas-cronicas-concomitantes-mais-cedo/#:~:text=Segundo%20os%20pesquisadores%2C%20pessoas%20mais,%2C%20hipertens%C3%A3o%2C%20depress%C3%A3o%20e%20cardiopatas>. Acesso em: 25 mar 2024.

PORQUE ir ao endocrinologista todo ano?. **Policonsultas**. 2021. Disponível em: <https://policonsultas.com.br/por-que-ir-ao-endocrinologista-todo-ano/>. Acesso em: 27 mar. 24

PORQUE o diabetes é mais frequente em mulheres?. **Quem vê diabetes vê coração**, 2024. Disponível em:

https://www.quemvediababetesvecoracao.com.br/home/materias_/202203/Por-que-o-diabetes-e-mais-frequente-em-mulheres.html. Acesso em: 27 mar. 24.

RECIFE promove ação para diabéticos em 87 unidades de saúde. **Diário de Pernambuco**. Recife, 2024. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2024/03/recife-promove-acao-para-diabeticos-em-87-unidades-de-saude.html>. Acesso em: 21 mar. 24.

RECIFE promove Campanha de combate ao Diabetes. **Prefeitura do Recife**. Recife, 2023. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/14/11/2023/recife-promove-campanha-de-combate-ao-diabetes>. Acesso em: 27 mar. 24.

ROCHA, Patrícia. DAVID, Helena. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, p. 129-135, novembro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2024.

RODRIGUES, Anny. et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, março, v.25, n.03, p.845-858, julho, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdzwvTLQ8q6KGSKP3Ssgrtx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

ROQUE, Guiliano. Pernambuco tem maior taxa de desemprego do país no segundo trimestre de 2023, diz IBGE. **G1**, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2023/08/16/pernambuco-tem-maior-taxa-de-desemprego-do-pais-no-segundo-trimestre-de-2023-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 20 mar. 24.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de Saúde. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev 24.

SECRETARIA de Saúde do Recife promove ações para marcar o Dia Mundial do Diabetes. **Prefeitura do Recife**, 2022. Disponível em:

<https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/15/11/2022/secretaria-de-saude-do-recife-promove-acoes-para-marcar-o-dia-mundial-do>. Acesso em: 27 mar. 24.

SILVA, Helena Paes e. Ambiente e justiça: sobre a utilidade do conceito de racismo ambiental no contexto brasileiro. **Centro de Estudos Sociais**, Coimbra, 2012. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/36123/1/Ambiente%20e%20justi%ca7a%20Sobre%20a%20utilidade%20do%20conceito%20de%20racismo%20ambiental%20no%20contexto%20brasileiro.pdf>. Acesso em: 28 fev. 24.

SILVA, Diego. et al. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/JHbf5DqRjR4zJW8kHtvkYmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2024.

SOARES, Raquel. et al. Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social. **Public Sciences & Policies**. Lisboa, v.3, n.1, p.17-37, 2022. Disponível em: <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/35/30>. Acesso em: 06 mar 2024.

SOBREIRA, Sobreira. Renda mensal média de 40% dos moradores do grande Recife é de R\$104. **Brasil de Fato**. Recife, 18 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/04/18/renda-mensal-media-de-40-dos-moradores-do-grande-recife-e-de-r-104>. Acesso em: 25 mar 24.

TALVARES, Fabíola. Hospitalizações por complicações do pé diabético ainda são altas. **Agência Fiocruz de Notícias**, 2008. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/hospitaliza%C3%A7%C3%B5es-por-complica%C3%A7%C3%B5es-do-p%C3%A9-diab%C3%A9tico-ainda-s%C3%A3o-altas>. Acesso em: 27 mar. 24

TONET, Ivo. Método Científico: uma abordagem ontológica. São Paulo, Instituto Lukács, 2013.

TOTAL da população que diz ter saúde ‘ruim’ é maior entre brasileiros com menor nível educacional, diz estudo. **G1**, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/total-da-populacao-que-diz-ter-saude-ruim-e-maior-entre-brasileiros-com-menor-nivel-educacional-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 24 mar. 24.

TYPE 1 Diabetes. **International Diabetes Federation.** Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/type-1-diabetes/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TYPE 2 Diabetes. **International Diabetes Federation.** Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/type-2-diabetes/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

UCHÔA, Roberta Salazar. **Intersetorialidade nas políticas públicas: compromisso de todos.** Brasília, 2014.

VIACAVA, Francisco. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, julho, 2019, v.24, n.07, p.2745-2760. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dnPzYYVNL57LqqzF6r63m4r/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 07 mar 2024.

ANEXO A - Consumo Alimentar em Pernambuco, SISVAN (2023)

MUNICÍPIO	HÁBITO DE REALIZAR NO MÍNIMO AS TRÊS REFEIÇÕES PRINCIPAIS		TOTAL DE ADULTOS ACOMPANHADOS
ABREU E LIMA	186	57%	325
AFOGADOS DA INGAZEIRA	0	0%	260
AFRÂNIO	0	0%	81
ÁGUA PRETA	0	0%	194
ÁGUAS BELAS	0	0%	180
ARACOIABA	19	58%	33
ARARIPINA	0	0%	600
ARCOVERDE	0	0%	10
BARRA DE GUABIRABA	0	0%	4
BELÉM DE MARIA	73	12%	604
BELO JARDIM	0	0%	640
BETÂNIA	0	0%	72
BEZERROS	0	0%	1
BOM JARDIM	0	0%	6
BONITO	0	0%	338
BREJÃO	0	0%	4.731
BREJO DA MADRE DE DEUS	0	0%	86
BUENOS AIRES	0	0%	30
CABROBÓ	0	0%	24
CACHOEIRINHA	0	0%	161
CALÇADO	0	0%	6
CALUMBI	0	0%	14
CAMARAGIBE	0	0%	149
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX	0	0%	617
CANHOTINHO	0	0%	1
CAPOEIRAS	0	0%	15
CARNAÍBA	0	0%	903
CARPINA	0	0%	23
CARUARU	0	0%	3.855
CASINHAS	0	0%	80
CATENDE	0	0%	17
CEDRO	0	0%	3
CHÃ GRANDE	62	85%	73
CORRENTES	0	0%	6
CUPIRA	0	0%	1
CUSTÓDIA	0	0%	672
DORMENTES	0	0%	280

ESCADA	0	0%	310
EXU	0	0%	685
FERNANDO DE NORONHA	0	0%	129
FLORES	0	0%	199
FLORESTA	0	0%	63
GAMELEIRA	0	0%	178
GARANHUNS	0	0%	315
GLORIA DO GOITA	0	0%	1.680
GOIANA	1249	79%	1.576
GRAVATA	0	0%	11.522
IATI	0	0%	1.428
IBIRAJUBA	0	0%	3
IGARASSU	0	0%	45
IGUARACY	0	0%	5
INAJÁ	0	0%	381
INGAZEIRA	0	0%	295
IPOJUCA	0	0%	1.422
IPUBI	17	2%	774
ITACURUBA	0	0%	14
ITAÍBA	0	0%	92
ITAPETIM	0	0%	192
ITAPISSUMA	77	76%	101
ITAQUITINGA	0	0%	11
JABOATÃO DOS GUARARAPES	0	0%	19
JAQUEIRA	0	0%	128
JOÃO ALFREDO	0	0%	231
JOAQUIM NABUCO	75	44%	170
JUCATI	0	0%	73
JUREMA	0	0%	482
LAGOA DO CARRO	0	0%	338
LAGOA DO OURO	0	0%	78
LAGOA GRANDE	0	0%	506
LAJEDO	0	0%	163
MACAPARANA	0	0%	16
MANARI	0	0%	6
MARAIAL	0	0%	84
MIRANDIBA	0	0%	154
MORENO	0	0%	32
OLINDA	1	0%	4.272
OURICURI	0	0%	1.468
PALMARES	0	0%	340

PALMEIRINA	0	0%	3
PANELAS	1	100%	1
PARANATAMA	0	0%	14
PASSIRA	0	0%	447
PAUDALHO	0	0%	10
PAULISTA	6	29%	21
PEDRA	0	0%	1
PESQUEIRA	0	0%	717
PETROLÂNDIA	0	0%	367
PETROLINA	0	0%	636
POCAO	0	0%	36
POMBOS	0	0%	1
QUIXABA	0	0%	443
RECIFE	0	0%	179
RIACHO DAS ALMAS	0	0%	43
RIO FORMOSO	0	0%	327
SALGUEIRO	224	94%	239
SALOÁ	0	0%	537
SANHARÓ	0	0%	115
SANTA CRUZ	0	0%	28
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0	0%	268
SÃO BENEDITO DO SUL	0	0%	58
SÃO BENTO DO UNA	0	0%	13
SÃO CAITANO	0	0%	130
SAO JOÃO	0	0%	32
SÃO JOAQUIM DO MONTE	0	0%	72
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE	0	0%	10
SÃO JOSÉ DO EGITO	0	0%	3.573
SÃO LOURENÇO DA MATA	0	0%	1
SÃO VICENTE FERRER	0	0%	21
SERRA TALHADA	0	0%	4.574
SERTÂNIA	2	1%	234
SIRINHAÉM	0	0%	311
SOLIDÃO	1	1%	68
SURUBIM	0	0%	71
TABIRA	0	0%	888
TACAIMBÓ	0	0%	98
TACARATU	0	0%	69
TAMANDARÉ	0	0%	2
TEREZINHA	0	0%	89
TIMBAÚBA	0	0%	51

TRINDADE	0	0%	75
TRIUNFO	0	0%	14
TUPARETAMA	0	0%	1.057
VERTENTES	6	100%	6
VICÊNCIA	0	0%	5
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	0	0%	92
XEXÉU	1	2%	51
TOTAL	2000		61173

Fonte: Elaboração própria (2024)