



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA**

NAMÍBIA FERREIRA RODRIGUES

**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao
exercício do direito à saúde**

**CAJAZEIRAS - PB
2012**

NAMÍBIA FERREIRA RODRIGUES

**TRATAMENTO E CONTROLE DE DIABETES MELLITUS: do
conhecimento ao exercício do direito à saúde**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

**CAJAZEIRAS - PB
2012**



R696s Rodrigues, Namíbia Ferreira.
Tratamento e controle de Diabetes Mellitus: do conhecimento ao exercício do direito à saúde / Namíbia Ferreira Rodrigues. - Cajazeiras, 2012.
87f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2012.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Diabetes Mellitus. 2. Saúde coletiva. 3. Direito a saúde. I. Nascimento, Maria Monica Paulino do. II. Nascimento, Aissa Romina Silva do. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616.379-008.64

NAMÍBIA FERREIRA RODRIGUES

**TRATAMENTO E CONTROLE DE DIABETES MELLITUS: do
conhecimento ao exercício do direito à saúde**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____/____/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Orientadora – UACV/CFP/UFCG)

Prof^ª. Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira
(Membro – UACV/CFP/UFCG)

Prof^ª. Ms. Aissa Romina da Silva Nascimento
(Membro– UACS/CFP/UFCG)

Dedico este trabalho a todos os portadores de Diabetes Mellitus, que assim como eu, sonham com uma doce vida, mas na medida certa. Que seja luz para nossas vidas e nos possibilite novos olhares na conquista mútua de libertação enquanto seres humanos e enquanto cidadãos.

AGRADECIMENTOS

À Inteligência Superior que me ilumina, me coordena e me ensina a valorizar a vida e seu significado, por tudo que tenho conseguido superar até hoje e pela resignação e paciência que, por mais que me escapem em alguns momentos, somente em Ti posso encontrá-las, para que eu não desista das coisas que não consigo mudar.

À minha Mãe, Geny Ferreira, por seu exemplo de persistência e força, pelo apoio incondicional, pela paciência, embora a Senhora brigue bastante comigo, sei que é para me ajustar e me ensinar o que é correto. Obrigada por cuidar de Kalel durante todo o tempo, ainda mais nesta fase final em que me ausentei por muitos instantes. Sem sua presença, eu não teria conseguido nada. Amo muito a Senhora.

Ao meu Pai, Aloysio Rodrigues, pelas orientações em muitos momentos que passei em Cajazeiras, desde a escolha pelo curso até o discurso de formatura; pela acolhida, pelos almoços e discussões. Sua ausência e presença na minha vida me fizeram entender o ser humano que erra e sabe onde errou e que tem o tempo todo que Deus nos dá para tentar se melhorar e sou grata por deixar essa herança para mim.

Ao meu amigo, companheiro e pai do meu filho, Francisco José, a você devo o rumo da minha vida, pelo nosso filho, por ter me ensinado sobre espiritualidade e por ter me amado, mesmo quando eu duvidei disso. Obrigado por ter cuidado de mim no diagnóstico do diabetes, por ter ficado ao meu lado na gestação e por sempre dizer que eu ia conseguir. Você é pessoa ímpar, uma peça importante no meu destino e nossos laços jamais se separarão. Eu sempre vou amar você, na dimensão que Deus permitir.

Ao meu filho, Kalel, por ser um empréstimo de Deus para fazer meus dias melhores. Você é o maior motivo para eu não desistir. Te amo, Lelel!

Aos meus irmãos, Diugny, Pablo, Natarajan, Natacha, Nureyev, Nabila, Neuza e Nara, tenho certeza que nossa convivência pode não ter sido, nem ser das melhores, mas estamos juntos como irmãos no propósito de crescer e nos ajudar. Agradeço pelas brigas e pelo apoio que vocês têm me dado, por serem ótimos tios e por me socorrerem quando eu grito por ajuda.

À minha tia Maria da Guia, minha Vó Doninha, e minha eterna babá Lucimar ou Dadá, por me darem o carinho mais próximo do que chamo de maternidade, pelos mimos, pela preocupação constante com meu bem-estar, não tenho como agradecer o amor que sempre recebi de vocês.

Às minhas primas, Elisiane e Edileide e minha cunhada Renata Kelly, obrigada por serem meus braços direito e esquerdo, por darem escuta aos meus chororôs e conselhos para os mesmos e por cuidarem tão bem de Kalel. Vocês fizeram e fazem o papel de minhas irmãs, pela nossa criação, pela convivência e pelo apoio que encontrei, mesmo não sendo filhas de mesmos pais e mães.

Aos três casais amigos, Tio Wilson e Tia Genilda; Lúcia Siébra e Murilo Siébra e Luciano Nóbrega e Karine pelos corações generosos e por terem me acolhido, com tudo de bom que puderam oferecer; por me ensinar o valor de dialogar, perdoar, de ajudar sem ver a quem e de amar a Deus. Certamente, foi Ele que colocou vocês no meu caminho e espero um dia retribuir tudo que me foi ofertado com estas amizades.

A uma pessoa exemplar, como enfermeira, como professora, como mulher e como amiga, Maria Mônica Paulino do Nascimento, muito obrigada por ter me escutado além do assunto monografia, por ser compreensiva e paciente, e por me permitir aprender que as horas são aliadas, quando priorizamos as tarefas e damos o melhor de nós, toda minha admiração e agradecimento por me ajudar a cumprir esta etapa crucial para iniciar novos ciclos.

A todos os docentes da UFCG que me guiaram os passos da Enfermagem e me oportunizaram crescer, me abraçando como pupila e acreditando em mim, em especial a Arieli Nóbrega e Aissa Romina.

A todos os enfermeiros preceptores e técnicos de enfermagem que tive experiências compartilhadas, pelo aprendizado, confiança e impulso para seguir em frente, cada um tem um espaço insubstituível, pois cada dia foi um desafio para praticar nossos saberes.

A todos os pacientes que cuidei e me deixei ser cuidada, por contribuir com a troca de experiências e eu as levarei para sempre na labuta profissional.

Aos meus colegas do curso de Enfermagem, pessoas que eu pude confiar, em especial a Milena Gabriela, Rozane Pereira, Túlio César, Juliana Rodrigues, Ricardo Shostenes, Perla Carreiro vocês me deram muitas alegrias construídas em meio a tantas competições, foram apoio e eram iguais a muitos colegas no mundo, mas porque nos tornamos amigos, agora vocês são únicos.

Aos meus amigos, especialmente Keoma Rodrigues, Dayanne Alencar, Romário Rodrigues, Marcus Renan, Zé Victor, Olavo Freitas e Bruno Cariry, pela sinceridade com que sempre me trataram, por me cativar pelos sorrisos e choros também, que nossas saudades sejam sempre cíclicas, espero que estejamos juntos.

À Bruna Dantas, Kalline Almeida e Mariana Barbosa, pela inesperada assistência e paciência, por terem solucionado minhas dúvidas com seus conhecimentos, sou eternamente grata pela ajuda com que conduziram meus momentos mais apertados desta tarefa.

À Maiana Farias, pelo lindo mostrinho que você criou; minha autoestima, alegria e convicção sobre a vida só pude encontrar pela sua parcela de carinho e escuta.

Aos meus companheiros de Movimento Estudantil, obrigada por ter conhecido vocês, por despertarem o desejo de mudança em mim e por compartilharem sonhos com uma vida melhor, lutando também por ela.

A todos que torceram por mim, que sonham comigo, que acreditam nas minhas habilidades, mesmo conhecendo minhas fraquezas, por contribuírem para que eu terminasse este trabalho que finaliza minha graduação, meu muito obrigado.

**Educação nunca foi despesa. Sempre
foi investimento com retorno
garantido.**
(Sir Arthur Lewis)

RESUMO

RODRIGUES, Namíbia Ferreira. **SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde.** 2012. [88 f.]. Monografia - Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – Paraíba, 2012.

O Diabetes Mellitus (DM), enquanto síndrome metabólica crônica que acomete um crescente número de pessoas nos países em desenvolvimento e traz consigo uma demanda excedente de atendimentos no sistema de saúde pública, devido às complicações agudas e crônicas, requer uma prática efetiva da assistência primária a seus portadores, de modo a produzir uma visão integral do indivíduo e sua família, que seja capaz de identificar a necessidade de explorar a natureza educativa e, indissociavelmente, a politicidade do cuidado. Devido ao baixo número de registros e referências sobre a temática e tendo em vista o elevado número de portadores de DM na Paraíba e no Brasil, discutir sobre a atualidade do direito à saúde sob a ótica do paciente retrata como estas pessoas estão lidando com o problema de saúde na dimensão política, principalmente em se tratando de atendimento e serviços do SUS. Este trabalho teve como objetivo geral compreender a relação entre conhecimento e o exercício do direito à saúde de portadores de DM no tratamento e controle da patologia. A técnica de pesquisa utilizada foi a de documentação direta, do tipo pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, a partir de dados coletados com portadores de DM, através da aplicação de entrevista semiestruturada. A amostra foi composta por 20 indivíduos cuja faixa etária predominante era de maiores de 41 anos, maioria pertencente ao sexo feminino, com escolaridade até o ensino fundamental incompleto e de baixa renda, de classificação predominante do DM tipo 2 e que utilizam hipoglicemiantes orais, obtidos na USF. Apontam poucos conhecimentos acerca de seus direitos enquanto usuários do SUS e buscaram resolutividade das suas demandas primordialmente na Atenção Primária, reduzindo o seu direito à assistência farmacêutica. As dificuldades encontradas no acesso à saúde foram falhas na distribuição de medicamentos e insumos para o tratamento e controle do diabetes, bem como foi perceptível que o quadro de profissionais deixa a desejar na assistência médica e outra problemática foi o custo e a adaptação à dietoterapia, devido, principalmente, às condições socioeconômicas desses indivíduos. O atendimento de enfermagem foi descrito predominantemente como humanizado, mas sugere mudanças na rotina de cuidados às doenças crônicas. A fim de promover mudanças que efetivem o direito à saúde, é preciso que os profissionais saibam dos direitos de seus pacientes e os conduzam a um cuidado emancipatório, realizando as competências bioéticas do cuidar, ao transmitir informações e modular a cidadania destas pessoas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Direitos. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

RODRIGUES, Namíbia Ferreira. **BE PATIENT FOR DIABETES MELLITUS**: knowledge of the exercise of the right to health. 2012. [88 f.]. Monograph - Academic Unit of Life Sciences, Bachelor of Nursing Course, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2012.

Diabetes Mellitus (DM), while chronic metabolic syndrome that affects a growing number of people in developing countries and brings a surplus of demand attendances in the public health system due to acute and chronic complications, requires an effective practice of primary care the patients, in order to produce a comprehensive view of the individual and his family, who is able to identify the need to explore the nature and education, inextricably, the politics of care. Due to the low number of records and references on the subject and in view of the large number of patients with DM and Paraíba in Brazil, discussing the relevance of the right to health from the perspective of the patient portrays how these people are dealing with the problem health on the political dimension, especially when it comes to service and SUS services. This study aimed to understand the relationship between knowledge and the right to health of DM in the treatment and control of disease. The research technique used was the direct documentation, the type field research was a descriptive, qualitative approach, based on data collected with DM, by applying semi-structured interview. The sample consisted of 20 individuals whose predominant age group was more than 41 years, majority owned by women, with education up to the elementary school and low-income, predominantly classification of type 2 diabetes and oral hypoglycemic drugs, obtained at USF. Indicate little knowledge about their rights as users of the NHS and sought solving their demands primarily in Primary, reducing their right to pharmaceutical care. The difficulties in accessing health were failures in the distribution of medicines and supplies for the treatment and control of diabetes and was noticeable that the professional staff is lacking in health care and other issues was the cost and adaptation to diet therapy due mainly to socioeconomic conditions of these individuals. The nursing care was described as predominantly humanized, but suggests changes in routine care for chronic diseases. In order to promote changes that enforce the right to health, it is necessary that professionals know the rights of their patients and lead to an emancipatory care, conducting skills bioethics of care, to provide information and modulate the citizenship of these people.

Keywords: Diabetes Mellitus. Rights. Public health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: esquema de tratamento e polifarmácia. Cajazeiras – Paraíba, 2012.	45
---	----

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Como aconteceu o início do diagnóstico e a relação com o atendimento de um clínico geral ou endocrinologista? Fale mais sobre isto”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 51
- QUADRO 2** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Quais as informações que você tem sobre os direitos do diabético? Quem passou essas informações?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 53
- QUADRO 3** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Procura ter acesso a esses direitos? De que forma?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 55
- QUADRO 4** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Quais as dificuldades para ter esse acesso na USF?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 57
- QUADRO 5** – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Quais as dificuldades para ter esse acesso aos medicamentos?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 58
- QUADRO 6** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Quais as dificuldades para ter esse acesso aos insumos para tratamento e controle do diabetes?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 60
- QUADRO 7** – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “Como tem sido o atendimento pela enfermeira do posto nas consultas de enfermagem e acompanhamento? Fale um pouco”. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 63

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: faixa etária e gênero. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 34
- Tabela 2** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: cor, estado civil e filhos. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 35
- Tabela 3** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: profissão/ocupação anterior e ocupação atual. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 36
- Tabela 4** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: escolaridade e a renda familiar. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 37
- Tabela 5** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: história de etilismo e tabagismo. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 40
- Tabela 6** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: investimento em plano de assistência médica privado. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 41
- Tabela 7** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: tipo de DM, tempo de diagnóstico, local do diagnóstico e exames laboratoriais para diagnosticar o DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 42
- Tabela 8** – Distribuição da amostra de acordo com a variável: local de obtenção de medicamentos para o tratamento do DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 46
- Tabela 9** – Distribuição da amostra de acordo com a variável: monitorização de glicemia capilar. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 47
- Tabela 10** – Distribuição da amostra de acordo com a variável: última consulta médica. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 48
- Tabela 11** – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: complicações de saúde autorreferidas decorrentes do DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012..... 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AC – Ancoragem

ACD – Assistente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

IC – Ideia Central

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

NPH – Neutral Protamine de Hagedorn

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE DIABETES E SEU CONTROLE	18
2.2 AMPARO CONSTITUCIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS	22
2.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA.....	26
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 LOCAL DO ESTUDO	28
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	29
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	30
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	31
3.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 ANÁLISE DE DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	33
4.1.1 Análise de dados sociodemográficos	33
4.1.2 Análise dos dados referentes ao objeto de estudo.....	39
4.2 ANÁLISES SEGUNDO O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	75
APÊNDICE A – ENTREVISTA.....	76
ANEXOS	79
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA	85
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)	86
ANEXO E – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE ORÇAMENTÁRIA.....	87

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um conjunto de síndromes metabólicas crônicas caracterizadas por hiperglicemia, que, se persistente, causa lesões em diversos órgãos-alvo, gerando complicações a curto e longo prazo, como por exemplo, a cetoacidose e a retinopatia diabéticas, respectivamente (BRASIL, 2006).

No Brasil, um estudo multicêntrico sobre a prevalência de DM revelou uma porcentagem de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo números que correspondem aproximadamente a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessa população não sabe que é portador da doença, e 25% dos portadores de diabetes não fazem nenhum tratamento (PAIVA; BERSUSA, 2006 apud ARAÚJO, 2011). Segundo o *International Working Group on The Diabetic Foot*, estimou-se que em 2011 existiam aproximadamente 366 milhões de pessoas portadoras de diabetes - 8,3% da população do mundo, e em 2030, a estimativa global deverá aumentar para mais de 552 milhões - 9,9% da população adulta (BRAKKER, 2012).

A maioria dos pacientes desenvolve o DM tipo 2, silencioso, associado a outros fatores de risco, tais como obesidade, sedentarismo, tabagismo e fatores genéticos. Esta classe tem uma característica comum que é o diagnóstico tardio, associado à presença de lesões em órgãos-alvo, ou seja, compreendem pacientes que necessitam de tratamento e reabilitação, com um processo de cuidado mais complexo e também mais dispendioso (GOMES; LERARIO, 2009).

As doenças crônicas, como o diabetes, geram uma necessidade de atualização na forma de atenção à saúde, fazendo com que o sistema avalie a gerência das políticas públicas para essas pessoas, principalmente por ter um serviço voltado para condições agudas. Segundo Santos (2009), existe uma necessidade de construir políticas públicas voltadas para a minimização do aparecimento da doença, na finalidade de reduzir os custos advindos da falta de detecção precoce e das complicações agudas e crônicas.

Nessa ótica, para prevenir os danos e promover a saúde, é preciso investir na efetivação dos direitos dos usuários, assegurando as condições necessárias para o controle da doença, no que diz respeito ao tratamento medicamentoso e a monitorização glicêmica.

A Constituição Federal de 1988 declara que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, representada através de boas condições de trabalho, salário, moradia, educação, lazer e acesso aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em prática há 22 anos,

dispõe de muitos avanços, mas falha na participação do povo na conquista de sua cidadania, já que tudo é criado para todos, mas não por todos.

De fato, cada vez mais os portadores de DM têm sido protegidos constitucionalmente, mas pouco se tem dito sobre isso, levando à desinformação da maioria dos usuários e ao consequente desinteresse em se lutar por questões de cidadania. O Estado e os profissionais de saúde, tendo o papel de informantes e educadores em saúde, respectivamente, são imprescindíveis na formação e conscientização de usuários de saúde, realizando uma assistência não somente biológica, mas holística e, sobretudo, ética (SANTOS, 2009).

Desse modo, uma das atividades do enfermeiro é tornar a assistência ao portador de DM mais abrangente, não só atentando para resultados de exames laboratoriais, devendo compreender a realidade que o comporta: a condição socioeconômica, o nível de conhecimento acerca da patologia e do tratamento, bem como o modo como afronta o direito à saúde, ou seja, como estão aptos a discernir sobre seus direitos perante a Lei e o que fazem para que efetivem os mesmos.

Diante do exposto, algumas questões-problema surgem: os portadores de diabetes que são acompanhados pela Estratégia Saúde da Família conhecem e possuem acesso aos direitos para o tratamento e controle da doença? Quais os fatores que podem estar contribuindo para o (não) exercício dos seus direitos?

A partir do paradigma que a educação liberta as pessoas, a relevância deste estudo se dá pela valia na investidura pela busca do perfil dos portadores de DM quanto à informação e à responsabilidade que os mesmos têm para garantia do cumprimento do que existe na Lei. Não somente o que sabem, mas o que eles utilizam, consciente ou inconscientemente, dentro das ações do processo saúde-doença, na efetivação dos seus direitos, identificando também o papel do enfermeiro nesse processo.

O interesse da colaboradora emergiu em meados de 2009, devido ao próprio diagnóstico do DM, através da busca voluntária por exames de rotina laboratoriais. Através da vivência pessoal associada ao conhecimento científico, a mesma pôde perceber a importância do conhecimento sobre a doença e, principalmente, sobre os direitos dos portadores relacionados ao acesso às medidas de controle e tratamento, embora também reconheça que estes aspectos não são, sozinhos, suficientes para a efetivação deste controle, pois, o autocuidado está diretamente ligado à força de vontade e à realidade onde se encontra o paciente.

Ao reconhecer as práticas das políticas públicas voltadas para o portador de diabetes na cidade de Cajazeiras – PB, durante o tempo que a mesma conviveu com as ações da Atenção Primária à Saúde, tanto na posição de estagiária como de usuária, foram observadas as

dificuldades de acompanhamento, de divulgação de informações e a pouca compreensão, tanto dos educadores em saúde quanto dos usuários, de que os portadores de DM possuem direitos que facilitam o acesso à saúde, como receber gratuitamente produtos inclusos na lista de medicamentos essenciais, nem seringas ou fitas reagentes.

Devido ao baixo número de registros e referências sobre a temática e tendo em vista o elevado número de portadores de DM na Paraíba e no Brasil, discutir sobre a atualidade do direito à saúde sob a ótica do paciente retrata como a comunidade diabética está lidando com o problema de saúde na dimensão política, principalmente em se tratando de atendimento e serviços do SUS.

Este estudo teve como objetivo geral compreender a relação entre conhecimento e o exercício do direito à saúde de portadores de DM no tratamento e controle da patologia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS ACERCA DO DIABETES MELLITUS E SEU CONTROLE

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas que possui etiologias diversas, em decorrência do defeito na secreção e/ou ação do hormônio insulina, responsável pela metabolização da glicose no organismo, e que se caracteriza clinicamente por hiperglicemia crônica, ou seja, pelo aumento da glicose disponível na corrente sanguínea, gerando complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, como cérebro, rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006). De acordo com Vilar (2004), está associado a processos patogênicos, como a autoimunidade, que gera ataque às células beta-pancreáticas; bem como à resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, ou até mesmo em momentos específicos não patogênicos, como em situações gravídicas.

Segundo o *International Working Group on The Diabetic Foot*, estimou-se que, no ano 2011, aproximadamente 366 milhões de pessoas teriam diabetes - 8,3% da população do mundo (BRAKKER, 2012). Cerca de 80% dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento. Em 2030, a estimativa global deverá aumentar para mais de 552 milhões - 9,9% da população adulta (GOMES; LERARIO, 2009).

Shaw et al. (2010) apud Freitas; Garcia (2012) avaliaram a prevalência padronizada por sexo e idade de diabetes, tendo como referência a população mundial de 2010, e conseguiram projeções para as próximas duas décadas em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. O estudo aponta que entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos, na faixa etária de 20-79 anos, com diabetes nos países em desenvolvimento; e um aumento de 20% em países desenvolvidos. No ano de 2010, a prevalência estimada de diabetes, padronizada por sexo e idade e tendo como referência a população mundial, foi de 6,4% no Brasil. Esse dado foi menor do que aquele estimado para os Estados Unidos da América (10,3%), o Canadá (9,2%) e o México (10,8%); porém, foi superior ao estimado para o Japão (5%), a Argentina (5,7%) e o Chile (5,7%).

A hiperglicemia se caracteriza clinicamente pelos sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso com polifagia e turvação visual, que pode levar às complicações agudas, como cetoacidose e síndrome hiperosmolar não-cetótica (VILAR, 2004). De acordo com Toledo (2006) apud Santos (2011), em sua grande maioria, os casos são assintomáticos, por isso, de

difícil diagnóstico. Quase 50% dos portadores desconhecem que são diabéticos e recebem um diagnóstico tardio, muitas vezes já com a presença de lesões e complicações crônicas, que variam sua intensidade de acordo com a exposição relacionada ao tempo de doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aparecimento do DM tipo 2, que se manifestava preferencialmente em adultos, tem aparecido cada vez mais cedo, em aproximadamente 30% dos jovens em todo o mundo. Os fatores que contribuem para essa nova demanda são: falta de atividade física regular e alimentação desregrada, muitas vezes com a presença de obesidade, sobrecarga da vida cotidiana e comodidades da modernidade; antecedentes familiares e o compartilhamento do estilo de vida de sua família, que incluem alto consumo de gordura e sedentarismo (DURCO, 2009). É preocupante, portanto, que com o aumento da expectativa de vida no Brasil, aconteça uma maior sobrevivência de pacientes diabéticos e uma maior sobrecarga ao sistema de saúde, devido às morbidades associadas ao DM.

De acordo com um consenso da Associação Americana de Diabetes (1997), acatado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2009), foram especificados os tipos de diabetes segundo a sua etiologia, não mais de acordo com o tratamento. São eles: o DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos de DM e diabetes gestacional, além dos tipos de Intolerância à glicose diminuída e Glicemia de jejum alterada. Estas duas últimas classes não são entidades clínicas, mas sim fatores de risco para a emergência de diabetes e doenças cardiovasculares (GOMES; LERARIO, 2009).

De acordo com os autores supracitados, existem três critérios diagnósticos para o diabetes: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal de peso, acrescidos de glicemia casual ou aleatória maior que 200mg /dl; glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg /dl e glicemia de duas horas após sobrecarga de 75g de glicose maior que 200 mg /dl. Bandeira (2009) relata que existem ainda outros exames específicos para diagnosticar a presença de DM tipo 1, que é a marcação de anticorpos específicos, como anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase de ácido glutâmico e antitirosina-fosfatases, que podem estar presentes meses ou anos antes do diagnóstico clínico.

Os sintomas clássicos de diabetes estão presentes em todos os portadores do tipo 1, caracterizando agilidade desde a instalação de sinais e sintomas até a ocasião do diagnóstico. Já os portadores do tipo 2 desenvolvem uma clínica atípica, atrasando em média de 5 a 7 anos o diagnóstico, que pode chegar a compartilhar de complicações crônicas irreversíveis (VILAR, 2004).

O tratamento da pessoa com DM tem como finalidade alcançar um controle metabólico e deve abranger um programa de educação continuada, promovendo modificações no estilo de vida, como aumento da atividade física, reorganização dos hábitos alimentares, eliminação do tabagismo e, se necessária, a intervenção da farmacoterapia (MILECH, 1998; SBD, 2007; ARAÚZ et al., 2001 apud SANTOS, 2009). Moraes et al. (2009) citam que faz-se necessário um enfoque multifatorial, com educação e motivação continuadas, avaliação individualizada de risco e proposição de objetivos, devendo esta tríade ser oferecida a todo portador de DM.

A principal meta para o paciente diabético é o controle glicêmico rigoroso, pois este previne a emergência e a progressão das complicações crônicas. Os valores ideais devem ser da glicose em jejum $<110\mu\text{g/dl}$ ou pós-prandial (2h após ingestão de 75g de glicose) $<140\text{mg/dl}$ e da hemoglobina glicosilada (HbA1c), que deve ser realizada a cada três meses, no máximo de 1 ponto percentual acima do limite superior de referência do laboratório (BRASIL, 2006).

Para promover controle glicêmico, o portador de DM necessita de um tratamento com diversos medicamentos e atividades programadas no estilo de vida. Neste contexto, em uma pesquisa realizada entre médicos que atendiam diabéticos, os principais obstáculos enfrentados por estes são a hipoglicemia (84%) e o ganho de peso (69%). A pesquisa mostrou que apenas 39% dos pacientes fazem dieta e exercício e usam dois ou mais medicamentos orais, enquanto 31% fazem dieta e exercício, tomam injeções de insulina e também usam medicamentos orais (SAAVEDRA, 2009).

Apesar de haver necessidade da investigação e acompanhamento através de exames laboratoriais, a automonitorização da glicemia ao longo do dia é a melhor medida para intensificar o controle metabólico. A glicemia capilar constantemente verificada é indicada para todo paciente que utiliza insulina ou hipoglicemiantes orais. Nos portadores de DM tipo 1, que estão sob tratamento com insulina, devem ser feitos 3 ou mais testes diários, principalmente devido às glicemias pós-prandiais, e também durante a madrugada, se risco aumentado de hipoglicemia. Não existe uma otimização da quantidade de testes para o paciente do tipo 2, dependendo, portanto, do tratamento realizado (agentes hipoglicemiantes orais combinados ou não com insulina) e da estabilidade do quadro metabólico (BANDEIRA et al., 2009).

Segundo estudos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2003), a falta de adesão ao tratamento é reconhecida mundialmente através de dados em países com alto grau de desenvolvimento, onde 50% dos pacientes não aderem ao tratamento. Acredita-se que estes números são ainda maiores em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Gomes – Villas Boas (2011) refere que a adesão ao autocuidado é definida como a extensão na qual o comportamento do indivíduo se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros.

Segundo Leite; Vasconcelos (2003), a problemática gerada em não aderir ao tratamento proposto no DM é que essa atitude pode ocasionar a presença de complicações de natureza fisiológica e psicossocial, interferindo na sua qualidade de vida dos portadores de DM de maneira expressiva. Por se tratar de uma questão fundamental para a resolutividade da terapêutica, a adesão ao tratamento medicamentoso tem sido amplamente debatida e estudada por trabalhadores de saúde.

Gallego; Caldeira (2007) refere que, no que concerne às complicações, podemos dividi-las em agudas e crônicas. A primeira classificação compreende a cetoacidose diabética, o coma hiperosmolar não-cetótico e a hipoglicemia. Estas, por sua vez, desenvolvem distúrbios agudos, manifestando seus sintomas de início súbito e requerem pronto atendimento, podendo ser decorrentes de intercorrências médicas e/ou falhas terapêuticas.

Já as complicações crônicas manifestam seus sintomas anos após a evolução da doença, devido ao mau controle glicêmico. Geralmente, são classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (MORAIS et al., 2009).

As conseqüências do diabetes nos sistemas de saúde, considerando-se tão somente seus aspectos clínicos, reflete apenas uma fração dos prejuízos causados aos indivíduos, suas famílias e à sociedade. Além dos custos indiretos para a sociedade e para o indivíduo, tais como: morte prematura, incapacidade, absenteísmo, diminuição do retorno da educação oferecida ao indivíduo, diminuição da renda do chefe de uma família, aumento de aposentadorias precoces e desemprego (BAHIA, [data desconhecida]).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (2003) apud Otero; Zanetti; Teixeira (2007), as doenças crônicas não-transmissíveis compõem problemas de saúde que persistem ao longo do tempo e requerem gerenciamento diferencial do sistema de saúde pois podem aparecer de maneira insidiosa e tornar-se permanente, já que deixam capacidades residuais causadas por patologias de natureza irreversível e requerem do paciente e a equipe cuidadora

um período de observação e supervisão até que o portador consiga lidar com o automanejo do cuidado.

O cuidado integral ao portador de diabetes e seu círculo familiar é um desafio para a equipe de saúde, pois para mudar o modo de viver do paciente, se faz necessário intervir também na vida de seus familiares, de amigos e nas relações entre estes. A educação em saúde é importante para exercitar o autocuidado, tornando os pacientes mais autônomos, críticos e conscientes do estilo de vida ideal que lhe proporcione saúde e bem-estar (BRASIL, 2006).

Por fim, a atenção dos sistemas de saúde deve ser reorganizada, não somente para atender às demandas agudas, mas também para possibilitar um bom percurso de uma doença crônica, mesmo em face do aparecimento de sequelas. É preciso orientar ao paciente quanto aos mecanismos políticos e sociais que fazem do portador de diabetes um indivíduo amparado e capaz de discernir sobre saúde como prioridade e como direito de todo cidadão.

2.2 AMPARO CONSTITUCIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

A constituição de 1988, que retrata um dos principais códigos de direitos, denominada “Constituição Cidadã”, deu ao Brasil o conceito de cidadania. Segundo Covre Manzini (2006), a cidadania é o próprio direito à vida, na sua concepção integral e que deve ser construída de maneira coletiva, tendo como princípio a igualdade dos seres humanos, enquanto criaturas que possuem direitos e deveres perante a lei, independente da raça, credo ou cor e que têm autoridade sobre o seu corpo e sua vida, além de ter direito à educação, à habitação ao lazer e à saúde.

Segundo a OMS (2003), ter saúde é gozar de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas encontrar-se na ausência de distúrbios ou doenças. Este atual conceito retira o discurso organicista e associa a vida saudável ao aspecto social e mental, caracterizando assim não uma dicotomia, mas um processo único, em que multifatores subjetivos são decisivos para o viver bem.

Culturalmente, ter saúde é ter como estar no topo de uma pirâmide social, indicando que a pessoa é capaz de trabalhar e de produzir algo; porém, quando invertemos essa conjuntura e observamos o estar doente, vemos que isso se opõe ao investimento capitalista, que é sempre

frutificar. Essa característica não deve ser vista como uma habilidade adquirida, mas sim como um direito fundamental do ser humano, devido à natureza da dignidade humana e à boa vivência do indivíduo com os seus (SILVA et al., 2009).

Os direitos sociais, como extensão dos direitos fundamentais do ser humano, são prestações positivas estatais, através de normas constitucionais, que promovem a melhoria da qualidade de vida dos menos abastados e que visam à concretização da equidade de estados sociais desiguais (SILVA, 2001). Pereira (2007) ressalta que um grande marco para a saúde no Brasil é a pautar uma legislação a favor do cidadão, quando a partir da Constituição de 1988 se oficializou a premissa da saúde como dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, modificando a assistência de um país que apresenta grandes desigualdades sociais.

Nesse sistema, a atenção básica, inserida num contexto de descentralização e hierarquização das ações, ganha papel de destaque através da Estratégia de Saúde da Família, um eixo estruturante de reorganização do modelo de atenção à saúde no país. Esta tem como objetivos assegurar qualidade, integralidade e resolutividade ao primeiro nível de atenção, tendo como base a atuação sob a área de abrangência e a oferta organizada dos serviços, em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devendo incorporar as mais diversas facetas do complexo quadro epidemiológico brasileiro (BRASIL, 1998).

Nesse processo histórico, a Estratégia de Saúde na Família vem se edificando gradualmente com o Programa Nacional de Atenção Básica e se configura como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Esse programa se encontra articulado com todos os níveis do sistema de saúde e possibilita ordenar e racionalizar o uso de tecnologias e dos recursos terapêuticos, pois detêm o conhecimento mais apurado da clientela e de seus agravos (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da atenção básica.

Deste modo, com o objetivo de garantir o acesso à assistência farmacêutica, foram criadas resoluções relacionadas aos direitos dos usuários do SUS portadores de DM. Em 2002, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Reorganização da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, colocado em prática através do programa HIPERDIA, uma ferramenta que possibilitou o cadastro e acompanhamento dos casos confirmados de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, bem como reconheceu parâmetros reais que indicassem o fornecimento

contínuo dos medicamentos aos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a padronização do Ministério da Saúde. Os municípios são responsáveis por essa atividade, a realizando em nível de Atenção Básica, através do acompanhamento de glicemia capilar e peso, da aferição de pressão arterial, consulta de enfermagem e entrega de medicamentos (BRASIL, 2002).

Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, o usuário tem direito a uma conduta adequada e efetiva para seu problema; ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde; ao atendimento acolhedor e livre de preconceito que acate os valores e os demais direitos do usuário, bem como contempla as responsabilidades do cidadão para com o seu tratamento de maneira adequada e o comprometimento dos gestores para que todos os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006).

Em 2004, foi criado o programa Farmácia Popular, com unidades próprias conhecidas como Farmácia Popular do Brasil, com objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais. O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais (BRASIL, 2002).

Em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar aos usuários acometidos pela doença e inscritos em programas de educação em diabetes (BRASIL, 2006).

Santos (2009) define que a fim de regulamentar a prática desta lei, foi aprovada no Ministério da Saúde, em outubro de 2007, a Portaria nº 2.583/07, que delibera a lista de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do SUS, destinados ao monitoramento da glicemia capilar.

O Programa Saúde não tem Preço foi instituído no ano de 2011, com a premissa de oferecer medicamentos gratuitos no tratamento de doenças e agravos de maior prevalência e impacto social, como é o caso do diabetes e da hipertensão, e que já são entregues em farmácias conveniadas ou nas próprias Farmácias Populares. Somente em janeiro de 2012, 3,2 milhões de pacientes retiraram estes medicamentos em mais de 20.300 farmácias credenciadas na rede. Aqui tem Farmácia Popular, mais que o triplo do registrado em janeiro do ano passado (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Embora outros estados, a exemplo do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, terem legislações estaduais vigentes em prol do diabético, apenas em dezembro do ano de 2011, o

estado da Paraíba publicou em Diário Oficial a Lei 9.596, de 16 de dezembro de 2011, que define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da Pessoa Portadora de Diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em um ano de funcionamento da iniciativa Saúde Não Tem Preço – lançada em fevereiro de 2011 pelo governo federal – aumentou 875% o número de beneficiados no estado da Paraíba com medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes e hipertensão. A quantidade mensal de diabéticos beneficiados pelo programa cresceu 920% – pulou de 1.468, em janeiro de 2011, para 14.976, em janeiro de 2012 (PORTAL DA SAÚDE, [sem data conhecida]).

Embora os avanços decorrentes da resolução federal, das resoluções estaduais e das políticas públicas sejam importantes para a melhoria do acesso a alguns tratamentos do paciente diabético, é recorrente a prática de ações judiciais em casos específicos. De acordo com o princípio da igualdade, mesmo que existam necessidades diferentes e estas não estiverem dentro da lista de medicamentos básicos, o usuário deve ser assegurado, se comprovada a importância do uso de tal esquema terapêutico para o controle da doença. Além disso, muitos municípios não possuem fluxograma administrativo para que os pacientes possam recorrer a nível local. Sempre será possível cobrar a resolutividade em meio a gestões mal elaboradas, seja a nível administrativo, como a Ouvidoria Pública, bem como na esfera judicial, que se compromete majoritariamente com o usuário, pois se baseia na lei máxima que é a Constituição Federal (CURY; DAIDONE; TAVARES, 2012).

O processo de judicialização da saúde surge da necessidade de grupos marginalizados, que conseguem se sobrepôr ao desejo majoritário das decisões políticas. Esse processo é potencialmente viável, mas pode ser ter duas análises: uma que aumenta o acesso à agenda das instituições políticas, e com isso suplementa a cidadania social, de caráter coletivo, ou seja, é a representação social do povo, capaz de interagir com a representação da cidadania política; o outro traz consigo a obrigatoriedade das decisões do judiciário, pois se retiram orçamentos de onde existem demandas cadastradas num serviço de referência e que deveriam ser acompanhadas por este, para a inserção a outrem, gerando o desequilíbrio das contas públicas, bem como, uma assimetria de direitos da população brasileira, incoerente com o princípio da igualdade (MACHADO, 2008).

Por isso, há necessidade de organização e/ou de amadurecimento da sociedade, para que esta participe da criação das políticas públicas, encontrando um ponto de equilíbrio entre a efetivação do direito individual *versus* coletivo, principalmente se houver articulação entre os poderes, evitando a criação de novos grupos marginais, só que de privilegiados.

Em se tratando do universo do diabetes, as ações do Estado e dos profissionais de saúde devem focar a prevenção, o tratamento e a recuperação dos pacientes, recompondo a cidadania que o percurso crônico da patologia pode fazer desaparecer. Os recursos aqui apresentados, na tentativa de execução da cidadania social, mostra a importância das normativas no sentido de servir de subsídio na assistência concreta ao portador de diabetes, formando novas consciências sanitárias e de participação popular, principalmente no âmbito da atenção básica.

2.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Carvalho (2010) refere que produzir saúde significa cooperar para aumentar a capacidade de autonomia individual e coletiva para viver com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Isto demanda disposição para discernir, para ter condições dignas de vida e oportunidade para usufruir instrumentos naturais e artificiais a fim de afastar a dor, o sofrimento, a morte e para poder escolher as diversas formas de seguir a vida.

As doenças crônicas remetem ao indivíduo uma condição indissociável da família, da vida social, pessoal e profissional, pois, nestes casos, curas completas são raras, existe apenas um tratamento longo, que inclui viver com sintomas e incapacidades, exigindo do portador uma postura de mudança de estilo de vida, para cumprir a regimes prescritos e estar em harmonia com o controle que a patologia propõe. Esta terapêutica não se resume somente ao aspecto clínico, deve-se pensar de modo concomitante, no aspecto psicológico, que irá predizer a aceitabilidade da condição em que se vive, gerando comportamentos de promoção à saúde, com práticas de uma qualidade de vida saudável (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Waldow (1998) apud Fernandes (2007) corrobora citando que cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, cultivadas na intenção de favorecer as potencialidades das pessoas, para manter ou melhorar a condição humana por meio da promoção, manutenção e/ou recuperação da dignidade e totalidade. Tal dignidade e totalidade contemplam o sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer.

O cuidado ao portador de DM ou de qualquer outra patologia crônica requer a prestação de um cuidado planejado a longo prazo, envolto por diversos cenários e prestadores de serviços em saúde, principalmente no tocante ao autocuidado em domicílio, ao apoio dos seguimentos sociais e das políticas que priorizam a eficácia do seu tratamento. Nesse âmbito, a família torna-se uma unidade essencial para exercício da educação em saúde, onde a informação fornecida auxilia desde a reeducação alimentar até o enfrentamento da doença (ZANETTI et al., 2007).

A autonomia é a liberdade de ação do indivíduo, de acordo com seus valores, prioridades, desejos e crenças. No contexto da saúde, os diabéticos só poderão ser livres e autônomos se puderem determinar o curso das suas vidas e isso implica que aos profissionais cabe oportunizar alternativas diagnósticas e terapêuticas, onde os riscos e benefícios devem ser esclarecidos, deixando para o paciente a decisão final. Portanto, instigar a autonomia desses pacientes é um componente ético que deve ser constantemente estimulado (COSTA; LUNARDI; FILHO, 2007).

Bosi; Afonso (1998) referem que no desenvolvimento da relação dialética conscientização/participação, as relações cotidianas dos serviços de saúde, de natureza subjetiva, tornam-se espaço estratégico para a construção de percepções e do exercício de poder dos atores sociais, que são usuários e profissionais. O papel do usuário, distante daquele que realiza uma mera procura por assistência, indica uma prática pluridimensional, dentre as quais pode se destacar a dimensão política.

Como já é sabido, não existe cura para o diabetes, apesar de muitos avanços no tocante a células-tronco, bombas de infusão, diversos tipos de insulinas, mas pensa-se muito, hoje, em bem-estar, ou seja, o mais próximo desse conceito é o equilíbrio físico e emocional que se alcança convivendo com a doença e experimentando comodidades, e, que seja de modo ativo, não mais como meramente espectador, de modo que o paciente possa transcorrer um caminho, onde vai ser ajudado pela equipe multiprofissional que o acompanha.

Para que os direitos dos usuários portadores de diabetes sejam assegurados, tais como previstos em lei, é preciso que se compreenda que saúde é um direito e que esta concepção seja trabalhada nas relações cotidianas, construindo direitos e formando mais opiniões, pois sem a informação, seja ela do profissional para o usuário ou entre usuários, não existe poder transformador, que gere do íterim da própria cultura, a voz subjetiva do controle social.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta etapa do trabalho contempla as características da pesquisa, de acordo com a metodologia e materiais utilizados em cada fase, a escolha do local de estudo, os critérios de inclusão e exclusão, bem como os aspectos éticos da investigação.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo permeia a Unidade Básica de Saúde e usuários portadores de diabetes mellitus. Como proposta metodológica, este estudo surgiu de uma pesquisa de campo, com documentação direta, de caráter descritivo, referenciada à abordagem qualitativa. O tipo de pesquisa de campo atende aos interesses da demanda, pois segundo Marconi; Lakatos (2009) contemplam o objetivo de obter informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, através da observação do que ocorre espontaneamente na coleta de dados, para o qual se procura uma resposta ou uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda desvendar novos fenômenos ou as relações entre eles.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como finalidade principal descrever características de determinadas populações ou determinados fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, sem a interferência do entrevistador. Também se encaixam neste grupo aquelas que buscam encontrar a ocorrência de associações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa compreende um processo de reflexão e análise da realidade através do uso de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo dentro do contexto histórico e/ou segundo sua estruturação, diagnosticando em profundidade essa realidade assistida (OLIVEIRA, 2005).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Cajazeiras – PB, localizado no alto sertão paraibano e que dista 475km da capital João Pessoa, com população estimada de 58.446 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, o município dispõe na Rede de Atenção Primária de 15 Unidades de Saúde de Família (USF), onde 11 são urbanas e quatro são rurais. As equipes multiprofissionais são formadas por: um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, um atendente de consultório dentário (ACD) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O local de estudo justifica-se pela vivência das práticas da pesquisadora no campo acadêmico no município, onde também se localiza o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Podemos reforçar que a Atenção Primária nos oferece o perfil do acesso aos serviços do SUS, já que é na Unidade Básica de Saúde onde se vivenciam as primeiras orientações quanto à saúde, quanto à educação e também quanto à cidadania.

A unidade de saúde escolhida foi a Estratégia Saúde da Família São José ou PAPS, Posto de Assistência Primária à Saúde, localizado na Praça Irmã Fernanda, Casas Populares, no município citado. O critério de escolha desta UBS se pauta na sua referência como modelo na atenção primária em saúde, por ter sua gestão compartilhada com a Universidade Federal de Campina Grande e também por ser local de práticas e vivências das atividades acadêmicas.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

População é um grupo de seres animados ou inanimados que tem, no mínimo, uma característica em comum (MARCONI; LAKATOS, 2009). A população deste estudo se compõe por 72 portadores de diabetes mellitus, que correspondem ao número total de diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde São José ou PAPS.

Os mesmos autores referem que a amostra é uma quantia convenientemente escolhida da população, ou seja, um subconjunto do universo que, neste estudo corresponde a 20 usuários do SUS que participam do universo da população e que se encaixam nos critérios de inclusão.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão na pesquisa, foram selecionados portadores de qualquer tipo de DM, independente do sexo, da idade, do nível de escolaridade e do tempo de exposição à doença; que possuam, no mínimo, seis meses de um mesmo tratamento farmacológico, que estejam cadastrados e em acompanhamento nas referidas unidades.

Como critérios de exclusão, não participarão deste estudo usuários portadores de DM que não estejam cadastrados na unidade referida ou que estejam cadastrados, mas residindo em outra área de abrangência e aqueles que sejam portadores de necessidades especiais, como distúrbio mental grave.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma entrevista semiestruturada, que, segundo Boni; Quaresma (2005), é um conjunto de questionamentos abertos e fechados, que possibilitam ao entrevistado a liberdade de falar sobre o tema proposto. Apesar de não fugir à regra dos assuntos pertinentes nas perguntas, a entrevista acontece de maneira informal e pode captar diversas informações acerca do grupo; a resposta se avoluma, visto que é mais fácil as pessoas discorrerem sobre um tema e serem redirecionadas, caso tenham perdido algum detalhe no processo.

O presente documento é composto por 26 questionamentos fechados e sete abertos, que versam na primeira parte, sobre dados sociodemográficos e elementos gerais sobre o diabetes e o tratamento, e na segunda sobre as informações acerca dos direitos do portador de diabetes, na perspectiva de compreender o que é feito direta ou indiretamente pelo usuário na efetivação dessas resoluções. Será anexado ao instrumento de coleta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) do Participante da Pesquisa, e os sujeitos não foram, em momento algum, coagidos a participar e nem induzidos em suas respostas durante a entrevista.

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A primeira etapa para proceder à coleta de dados foi verificar, junto à Atenção Primária à Saúde, o universo de portadores de diabetes na Unidade Básica de Saúde, escolhendo uma unidade para atuação em campo. A unidade qual é representada pelo aluno, deve ser requerida, por ofício, cujo fluxo sai da coordenação do curso de Enfermagem para o responsável ou titular pela Secretaria de Saúde do município em questão.

A realização da entrevista seguiu a seguinte ordem: (1) diálogo aberto e amigável com o usuário, a respeito do tema da pesquisa, gratuidade e ação voluntária, da confidencialidade dos dados fornecidos por ele na coleta e o posterior pedido de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (2) marcação, à vontade do usuário, do dia, horário e local da aplicação; (3) a efetivação da entrevista, propriamente dita; (4) logo após o término da coleta, realizar agradecimentos ao pesquisado, bem como avisá-lo sobre a possibilidade de retorno para obtenção de dados ou esclarecimentos de dúvidas que possam surgir.

Foram encontradas dificuldades quanto a encontrar os pacientes em suas residências e ter a colaboração dos agentes comunitários de saúde, pois para estabelecer vínculos com a comunidade, fez-se necessário, em muitas ocasiões, a presença deles. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e para apreensão das falas dos sujeitos, foi realizada a escritura à mão, no momento da coleta. Para facilitar posteriores consultas e análises, todo o material impresso das entrevistas foi arquivado, de maneira segura e prática.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

É o processo de organizar o conjunto de informações aparentemente soltas, presentes nos dados, identificando sistematicamente suas características fundamentais ou relações e interpretá-las (LANKSHEAR; KNOBEL, 2008 apud SILVA, 2011). Os dados foram coletados através do instrumento de coleta de dados e em seguida, para análise da abordagem qualitativa, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, advindos de depoimentos. Essa análise permitiu, inicialmente, a retirada das expressões-chaves das falas transcritas de cada pesquisado, para, a posteriori, identificar uma Ideia Central (IC) ou Ancoragem (AC),

que significa a concepção daquele grupo que será confrontado com a literatura da temática que versa. Ao unir as expressões-chaves e suas concepções, cria-se o discurso do sujeito coletivo, uma representação social dos sujeitos pesquisados sobre a temática pesquisada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, suas informações e/ou materiais, a Resolução CNS 196/1996 direciona a prática ética de preservação de todos os direitos do pesquisado, se comprometendo o pesquisador com quaisquer danos que possam ser causados ao usuário, interrompendo a pesquisa quando este risco se tornar iminente, bem como saber observar que a continuidade da pesquisa resultará ou não em sofrimento ao paciente.

O progresso científico, sozinho, não justifica qualquer tipo de experimentação, pois mesmo que o resultado dos experimentos prometa, em longo prazo, beneficiar a humanidade, nem por isso eles ficam ipso facto legitimados. Todo avanço científico que é feito pisoteando a dignidade humana leva consigo uma carga negativa e deve ser repensado (PESSINI, BARCHIFONTAINE (1996) apud ARAÚJO (2003).

Considera-se que inicialmente foi elaborado um ofício (Apêndice C) direcionado ao Secretário de Saúde do Município, com objetivo de autorizar a realização da pesquisa. O projeto será encaminhado para submissão e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. Antes da coleta de dados, a pesquisadora e os pais/responsáveis ou os próprios participantes assinarão em duas vias o TCLE, ficando uma cópia com cada uma das partes envolvidas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta etapa do estudo dispõe sobre os resultados da pesquisa, que reúne os dados coletados de maneira organizada e perpassada por análise sob as óticas estatística e do Discurso do Sujeito Coletivo.

A análise dos dados de caracterização da amostra descreve os dados sociodemográficos e dados referentes ao objeto do estudo, que foram codificados para o uso do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0, por meio de tabelas de frequências absolutas (f) e percentuais (%).

As informações subjetivas discorrem através da metodologia proposta por Lefèvre; Lefèvre (2005) quanto ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Aprimorou-se o estudo confrontando com a literatura pertinente ao tema, a fim de criar uma nova exposição da realidade local, embasada nas teorias científicas já existentes.

4.1 ANÁLISE DE DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

4.1.1 Análise de dados sociodemográficos

Nesta parte do estudo realiza-se a exposição dos dados sociodemográficos, abordando as variáveis: faixa etária, sexo, cor, estado civil, filhos, profissão/ocupação anterior, ocupação atual, nível de escolaridade e renda familiar. Os resultados seguem apresentados em forma de tabela.

Observa-se na pesquisa, quanto à variável faixa etária, que a maioria (18) dos portadores de DM tem mais de 40 anos, o que caracteriza o diabetes na idade adulta, cuja incidência aumenta proporcionalmente com a idade. A faixa predominante é de indivíduos entre 61 a 70 anos, correspondendo a sete entrevistados. A idade varia de sete anos (mínima) a 80 anos (máxima), com média de 58 anos. De acordo com Bandeira et al. (2009, p. 703-704), “a idade de início do diabetes mellitus tipo 2 é bastante variável, embora seja frequente após os 40 anos, com pico de incidência durante a sexta década de vida”.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: faixa etária e gênero. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Faixa etária		
Menor de 41 anos	2	10
41-50 anos	2	10
51-60 anos	4	20
61-70 anos	7	35
71-80 anos	5	25
Sexo		
Feminino	16	80
Masculino	4	20
Total:	20	100%

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Observa-se que, do total da amostra, apenas dois portadores têm menos de 40 anos. A faixa etária a qual pertencem os classifica como escolares e a classificação do DM de ambos equivale ao tipo 1. Morais et al. (2009) corroboram quando afirmam que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística destacou em seus últimos dados que as faixas predominantes no DM são: menores de 30 anos caracterizando o DM do tipo 1 e a faixa etária de 31 a 70 anos ou mais que está ligada ao DM tipo 2.

Analisando esta variável, pode-se relacionar a idade com a autonomia, visto que os portadores jovens e de idade avançada requerem maior apoio familiar para alcançar equilíbrio no tratamento, por suas condições restritas de vida e de trabalho, bem como para entender como obter apoio do sistema de saúde e chegar até ele, sem que se exima a responsabilidade do paciente no processo de autocuidado na doença crônica; o que não acontece com pacientes de idade adulta, que geralmente podem buscar a efetivação dos seus direitos, mas demandar aos serviços de saúde maior responsabilidade que a de si próprios.

Quanto à variável sexo, verificou-se uma predominância do sexo feminino, representado por 18 participantes da amostra e a razão entre o sexo feminino/masculino foi de 4:1; o que mostra compatibilidade com o estudo sobre prevalência de diabetes através de inquérito de morbidade autorreferida em 2006, cuja estimativa do total de 6.317.621 de casos diagnosticados no Brasil apresentava os valores de 2.573.413 pertencentes ao sexo masculino e 3.744.208 pertencentes ao sexo feminino (SCHMIDT et al., 2009). Comparativamente ao estudo de Morais et al. (2009), pode-se relacionar essa superioridade de casos de diabetes tipo 2 à coexistência de maior acesso do gênero feminino aos serviços de saúde.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: cor, estado civil e filhos. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Cor		
Branco	10	50
Pardo	5	25
Preto	2	10
NI*	3	15
Estado civil		
Casado	10	50
Solteiro	5	25
Viúvo	4	20
Separação legal	1	5
Filhos		
Sim	16	80
Não	4	20
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

NI* - não informado.

No que se refere à cor, a maioria dos entrevistados (10) pertence à cor branca. Gerchman (2004) afirma que não existem concepções concretas acerca dessa variável na população brasileira e que se faz necessário uma investigação a fim de identificar grupos de risco e/ou proteção e assim executar medidas para prevenir e tratar as complicações inerentes à doença. Não se deve estigmatizar grupos étnicos, tampouco usar o fator genético como única relação causal, pois as desigualdades econômicas e sociais entre as diferentes etnias podem ter um papel fundamental no controle e tratamento do diabetes.

Em relação à variável estado civil, 10 participantes são casados, representando a maioria da amostra. Este achado pode ser relacionado a um maior apoio social dos sujeitos, pois, segundo Morais et al. (2009), indivíduos casados apresentam uma menor taxa de mortalidade, se comparado com pacientes solteiros e viúvos.

Quando questionados se possuem filhos, 16 participantes referem tê-los. A quantidade de filhos varia de dois (mínimo) a 10 (máximo), com média de 4,6 filhos. Esta variável é considerada relevante no sentido de observar a participação da família no cuidado para com o portador de DM, na pessoa de segundo cuidador, atento às complicações e às soluções da problemática crônica da patologia.

Quando se podem deslocar algumas atividades no círculo familiar, relacionadas à marcação de consultas ou receituário, tornam-se mais fáceis a adesão medicamentosa e a

aceitação das limitações, fazendo com que a família seja apoio no percurso da doença; embora a constituição familiar que agrega entes, também se sobrecarregue de cobranças, podendo ser um fator importante para a presença de ansiedade, bem como de necessidades materiais mais urgentes para com os outros do que para o controle glicêmico, como é o caso, muitas vezes, da impossibilidade de cumprimento da dietoterapia.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: profissão/ocupação anterior e ocupação atual. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Profissão/ Ocupação anterior		
Do lar	6	30
Agricultor (a)	7	35
Estudante	2	10
Entregador de gás	1	5
Enfermeiro	1	5
Atendente de Enfermagem	1	5
Auxiliar de Serviço	1	5
Operário	1	5
Ocupação atual		
Aposentado (a)	13	65
Estudante	2	10
Auxílio doença	3	15
Do lar	2	10
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Ao que diz respeito à profissão, a ocupação anterior mais referida é a de agricultor(a), dado pertinente a sete dos entrevistados; seguido de seis entrevistados, que referem ter sido do lar; outras profissões citadas são: operário, entregador de gás, enfermeiro, atendente de enfermagem e auxiliar de serviço.

Quando questionados sobre a ocupação atual, a maioria dos entrevistados relata ser aposentado(a), representada por 13 entrevistados do total da amostra; seguidos de três que referem estar atestados por invalidez e receberem auxílio doença. Outras atividades citadas são: do lar e estudante.

Nota-se que ocorre uma diminuição no ritmo de vida e trabalho da maioria dos participantes, ficando estes envolvidos com a ocupação doméstica, inclusive para aqueles que recebem o auxílio doença, que saem da rotina de atividades e recebem uma renda, através da previdência social, sem estarem economicamente ativos.

Achutti; Azambuja (2004) pontuam os gastos elevados do Estado com relação à saúde do trabalhador e doenças crônicas, devido às deficiências graves do SUS, os custos da incapacidade sobrecarregam a previdência e a assistência social, pois os pacientes permanecem em benefício por tempo demasiado, na espera por exames, procedimentos ou acesso a um especialista para o tratamento adequado. Tudo isso poderia ser evitado, caso houvesse assistência direta e exequibilidade de direitos antes que as complicações se instalassem.

Observou-se que os portadores de DM da classe estudante têm certa dificuldade de lidar com os cuidados de alimentação, monitorização glicêmica e ocorrências de complicações agudas, visto que requerem a presença frequente da família ou o conhecimento e a técnica de outro cuidador e estes são, de fato, raros no ambiente escolar.

Observa-se que os familiares sentem-se confusos e os pacientes inseguros nos ambientes que não têm a proteção parental; com isso, ocorre interrupção de atividades da vida diária de cuidadores e de pacientes, gerando uma dependência e/ou não exercício do autocuidado e adiamento da aceitação da doença.

Em relação à escolaridade, o ensino fundamental incompleto é o nível escolar mais frequente na resposta dos entrevistados, equivalente a 13 portadores de DM. Observa-se ainda que cinco portadores não são alfabetizados; apenas um refere ter ensino fundamental completo e outro ter curso superior completo.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: escolaridade e a renda familiar. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	13	65
Não alfabetizado	5	25
Ensino fundamental completo	1	5
Superior completo	1	5
Renda familiar		
Até um salário mínimo	10	50
2 a 4 salários mínimos	10	50
Total	20	100

FONTE: Dados da Tabela/2012.

Com relação à renda familiar, metade da amostra, que equivale a 10 portadores, sobrevive mensalmente com até um salário mínimo e a outra metade auferir receber de 2 a 4 salários mínimos. O Decreto de nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011, que regulamenta o

valor do salário-mínimo, propõe no Art. 1, que em janeiro de 2012, o valor deste se fixaria em 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais); isso demonstra o baixo poder aquisitivo da amostra em questão.

Vale salientar que o questionamento engloba o total de pessoas provedoras que moram com o portador de diabetes, que não significa que esse provimento venha do portador de DM, podendo este depender de outrem ou, ao contrário, torna-se ele, em detrimento de seu estado de saúde ou de modo de vida, no caso de aposentados, o único ponto de apoio econômico naquele núcleo familiar.

Cazarini et al. (2002) referem que a escolaridade é uma variável importante para o autocuidado, devido à complexidade das instruções e/ou informações que os pacientes carecem obter; pois à medida que a terapêutica se torna mais densa, o portador de DM precisa gerar mais habilidades cognitivas que acompanhem o tratamento e garantam o controle metabólico. Os baixos níveis de escolaridade podem dificultar a aprendizagem, mas cabe também ao profissional saber como repassar a informação em saúde, para que o conhecimento seja assimilado ao máximo.

Observa-se que o acesso à informação é um recurso influente para o cidadão, pois auxilia o homem a gerar e amplificar seu conhecimento, compreendendo as mudanças sociais hodiernas, que dependem de ações individuais e coletivas, indicando a acentuação de desigualdades, ou seja, são privilegiados aqueles que têm o saber e os que não o possuem, devem se adaptar à conjuntura; por isso, é necessário pensar nas questões que limitam o direito de informação para a cidadania (MOYSES, 2008). Uma dessas questões é saber interpretar, atribuir valor, criticar e produzir a inteligência coletiva, capaz de libertar a carga de doença gerada pela patologia e isto só acontece quando a educação do indivíduo e da comunidade são provocadas.

Os dados relativos à renda familiar tornam-se significativos para pontuar os custos do tratamento do DM e a implicação no modo de administrar as prioridades de cada realidade. Sendo atingidas por demandas concretas, como remédios ou insumos não disponibilizados pelo SUS, as famílias agem também de acordo com as suas necessidades básicas, como moradia, educação, vestuário, higiene, tratamento de doenças adjacentes e alimentação, que é um ponto determinante no tratamento em seu pleno exercício e pode tornar-se passível de ser negligenciado.

Os pacientes retiram mensalmente parte do orçamento familiar para poder tratar o DM, causando impactos nos aspectos pessoal, social e financeiro. Podem ocorrer redução do nível de vida, percepção negativa da doença com manifestações de tristeza, estresse e ansiedade

(CASTRO; GROSSI, 2007) e natureza psicossomática do diabetes interfere diretamente no controle glicêmico.

Os gastos com o tratamento de DM tipo 1 afetam principalmente famílias de baixa renda; visto que a alimentação diferenciada ainda é onerosa, se comparada a alimentação de pessoas que não são portadoras da patologia; bem como custos investidos em fitas para glicemia, insumos de antissepsia, agulhas/seringas e insulina. No caso dos portadores de DM tipo 2, os custos do tratamento medicamentoso podem ser comparativamente reduzidos, considerando a aplicabilidade da lista de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS aos usuários portadores de DM.

Os dados demonstram que, por exemplo, quando os portadores têm que comprar insumos que não são disponibilizados gratuitamente ou estão em falta, como agulhas ou seringas, pelo valor local pesquisado de R\$ 1,00 (um real) para cada unidade de seringa ou agulha e visto que, em média, são realizadas três aplicações diárias de insulina, seriam dispendidos R\$ 90 (noventa reais) mensais, ou 14,5% de um salário mínimo.

Tendo como base o salário mínimo de R\$622, esse percentual de gasto com insumos para aplicação de insulina pode ser cada vez maior devido à baixa renda dos entrevistados. De acordo com Castro; Grossi (2007), o uso de cuidados e alternativas que se adaptem à clientela diabética é aceito quando se compara o custo-benefício para manutenção do controle da doença e uma alternativa é a reutilização de seringas/agulhas descartáveis, mesmo sendo um risco aumentado para infecções, lipomas, obstrução da agulha, quantidade irregular de insulina administrada e absorvida. Essa realidade pode ser relacionada a outras dificuldades, que mostram ser cada vez mais distante a possibilidade de cumprimento do protocolo de tratamento.

4.1.2 Análise dos dados referentes ao objeto de estudo

Neste segmento do estudo, são apresentadas variáveis caracterizadas, através do método estatístico: a classificação da doença, o tempo de diagnóstico, o serviço de saúde utilizado para este fim, o esquema de tratamento atual, os serviços de assistência farmacêutica, o uso de medicações concomitantes, o controle regular da glicemia e as complicações já existentes, decorrentes do DM. Estas são complementadas ou comparadas com a literatura

correspondente à temática. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas, como mostra a seguir.

De acordo com a variável etilismo, 14 entrevistados afirmam ser abstêmios, ou seja, nunca terem ingerido bebidas alcoólicas ou raras vezes em sua existência, como em ocasiões sociais; e seis participantes concluem que bebem ou beberam em quantidade e com frequência sistemáticas, cujo tempo de exposição, em média, é de 32 anos. Esses dados podem se relacionar com a questão cultural sertaneja, pois o sexo feminino, dominante na amostra, na vida adulta e idosa, ingere menos bebidas alcoólicas que o sexo masculino, ambos tendendo a diminuir com o aumento da idade.

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: história de etilismo e tabagismo. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
História de etilismo?		
Não	14	70
Sim	6	30
História de tabagismo?		
Sim	13	65
Não	7	35
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

A prática e/ou história de tabagismo estão presentes em 13 dos portadores de DM e embora seis destes tenham deixado o hábito, a média do tempo de exposição é de 48,6 anos, o que mostra que a maioria iniciou a fumar na adolescência e juventude. Outros sete referem não ter tido durante toda a vida o hábito de fumar.

O etilismo e o tabagismo são, reconhecidamente, fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não-transmissíveis, como o diabetes. Eles predis põem a ocorrência de outras patologias, principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e neoplasias. A presença dessas condições mórbidas implica alteração no controle glicêmico, resistência à insulina e prejudica o prognóstico do portador de DM, na medida em que todas as complicações advindas com a doença se intensificam com a frequência destes hábitos, cujas complicações podem diminuir com a cessação dos mesmos (HOCAYEN; MALFATTI, 2010).

O transcurso da doença crônica, por si, sente a necessidade de fortalecer a certeza terapêutica do usuário, mesmo que acompanhado periodicamente por profissionais de saúde.

Apóstolo et al. (2007) apud Araújo (2010) afirmam que quanto maior é o nível de incerteza em relação à doença e seu tratamento, menos os diabéticos possuem motivação para seguir um estilo de vida saudável, respeitando o tratamento medicamentoso, controle glicêmico e a prática de exercício físico.

Portanto, faz-se necessário abordar a terapêutica para além do medicamento, pois torná-la eficaz, o paciente deve guiar seu plano de cuidados, embora sujeito a variações no comportamento, como fumar e beber, e estas podem ser amenizadas, primeiramente, com educação em saúde e em segundo plano, com acesso ao tratamento e alcance de metas. Na dinâmica do diabetes mellitus, isso significa diminuir os conflitos sociais e pessoais do usuário causados pela complexidade de fatores que necessita para conviver bem com a doença.

Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: investimento em plano de assistência médica privado. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Você possui algum plano de assistência médica?		
Não	12	60
Sim	8	40
Total:	20	100%
Você quem paga o plano?*		
Sim	7	87,5
Não	1	12,5
Início do pagamento foi:*		
Antes do diabetes	6	75,0
Depois do diabetes	2	25,0
Total*:	8	100%

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

* Dados referentes aos que responderam possuir algum plano de assistência médica.

No tocante ao investimento do portador de DM em algum plano de assistência médica privado, a maioria da população, correspondente a 12, utiliza apenas o SUS para toda e qualquer demanda de saúde e apenas oito entrevistados respondem que pagam por planos privados. Dos que pagam o plano, sete são responsáveis por destinar verba pessoal e apenas um é dependente de outro membro da família. Outro dado informado é que a maioria dos que utilizam o plano, referente a seis usuários, iniciou o pagamento antes do diagnóstico de DM.

Pode-se ressaltar que o plano de assistência médica citado pelos oito portadores de DM não dispõe concretamente sobre consultas com especialistas e exames de alta complexidade e custo, estando somente associado a descontos em exames de rotina, como os laboratoriais.

Esse tipo de assistência é vinculado aos planos de assistência funerária, comuns que sejam feitos por idosos aposentados e suas famílias, na iminência de término da vida. O fato da maioria não poder pagar um plano privado de saúde pode ser explicado pela baixa renda da população em questão.

No que se refere ao tipo do diabetes, a maioria da amostra, correspondente a 17 portadores de DM (85%), é classificada como DM tipo 2; enquanto que apenas três (15%) são classificados como DM tipo 1. As diretrizes da SBD confirmam a predominância do DM tipo 2, quando referem que o DM tipo 1 é a forma presente em 5 a 10% dos portadores e que o DM tipo 2 corresponde de 90 a 95% da totalidade de casos (GOMES; LERARIO, 2009).

Tabela 7 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: tipo de DM, tempo de diagnóstico, local do diagnóstico e exames laboratoriais para diagnosticar o DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Tipo de DM		
Tipo 2	17	85
Tipo 1	3	15
Tempo de diagnóstico		
1 - 10 anos	13	65
11 - 20 anos	6	30
21 anos ou mais	1	5
Local do diagnóstico		
USF	9	45
Hospital	8	40
Clínica particular	2	10
Outro	1	5
Exames laboratoriais para diagnosticar o DM		
Sim	16	80
Não	4	20
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Um Estudo Multicêntrico de Diabetes Mellitus no Brasil, realizado nas capitais do país, identificou que a maioria dos brasileiros portadores de DM tipo 1 não realizam corretamente os cuidados para o controle da doença, cujo dado mais importante é que apenas 15% das pessoas têm os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7%, média considerada ideal para o não aparecimento de complicações crônicas (GOMES, 2012). Esse dado permite avaliar a abordagem do sistema de saúde para com esse tipo de paciente, indicando que a

educação em saúde deve ser ampliada, de forma a expandir o acesso ao conhecimento de indivíduos, principalmente daqueles com baixa renda e escolaridade.

No tocante à variável tempo de diagnóstico do DM, a alternativa de um a 10 anos de diagnóstico é a mais respondida, sendo representada por 13 entrevistados da amostra. Em seguida, estão os portadores que possuem a doença confirmada entre 11 e 20 anos, correspondendo a seis entrevistados e apenas um refere ter recebido há mais de 21 anos o diagnóstico de início do DM.

Segundo Bandeira et al. (2009), não existe idade para o aparecimento do DM, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, tendo sua classificação, epidemiologia e etiologia bem definidas. A literatura indica o aparecimento de alterações microvasculares de acordo com maior tempo de exposição ao diabetes, bem como das alterações macrovasculares, levando a um risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Pode-se perceber que quanto maior o tempo de convivência com o diabetes, maior a carga da doença e maiores são os desafios enfrentados pelos portadores e estes podem não ser supridos no modelo da Atenção Básica. Por ter sido recentemente discutido o direito à saúde e o DM, os portadores com mais tempo de doença podem estar adaptados ao sistema pouco resolutivo e centralizado no direito e suas questões biomédicas, como o acesso restrito aos medicamentos.

Já aqueles cuja convivência com o tratamento é recente, tornam-se mais fáceis de lidar com temáticas como a universalidade, integralidade e judicialização da saúde. Isso indica um aumento ao acesso de informação à saúde, ao longo das mudanças na forma de gerir os modelos de atenção, mas de maneira desigual.

Quanto ao local de diagnóstico, a frequência absoluta de entrevistados que descobriram o diabetes na atenção terciária é quase igual à frequência apresentada na Atenção Básica, representada respectivamente por oito e nove indivíduos. Dois entrevistados relatam ter recebido o diagnóstico em clínica particular e apenas um em outra circunstância, como em triagem volante.

A análise desse dado mostra como se dá o diagnóstico de DM e a vinculação dos usuários ao serviço de saúde, pois saber onde o paciente encontra resolutividade para seu problema de saúde implica como estão organizadas as práticas de cuidado e de gestão destinadas ao indivíduo com esta condição crônica. Observa-se a diminuição do diagnóstico na rede privada, mostrando maior cobertura do SUS; porém, foi notório que a maioria dos entrevistados tinha mais de 40 anos e eram caracterizados por DM tipo 2 e este apresenta

período de latência assintomático conhecido e significativo, que varia de 4 a 12 anos (DECODE, 2001 apud TOSCANO, 2004).

Assim sendo, o elevado número de casos diagnosticados em hospitais, se comparados com os da rede básica, pode estar associado ao fato do paciente não saber que tem a doença e buscar tratamento para complicações decorrentes da patologia, indicando fragilidades no rastreamento e prevenção primária dessa população. É relevante pensar que nestes casos, o paciente deve ser contra referenciado para a atenção básica; ação que, na prática, perde o sentido de integralidade, pois os sistemas não andam articulados para essas demandas.

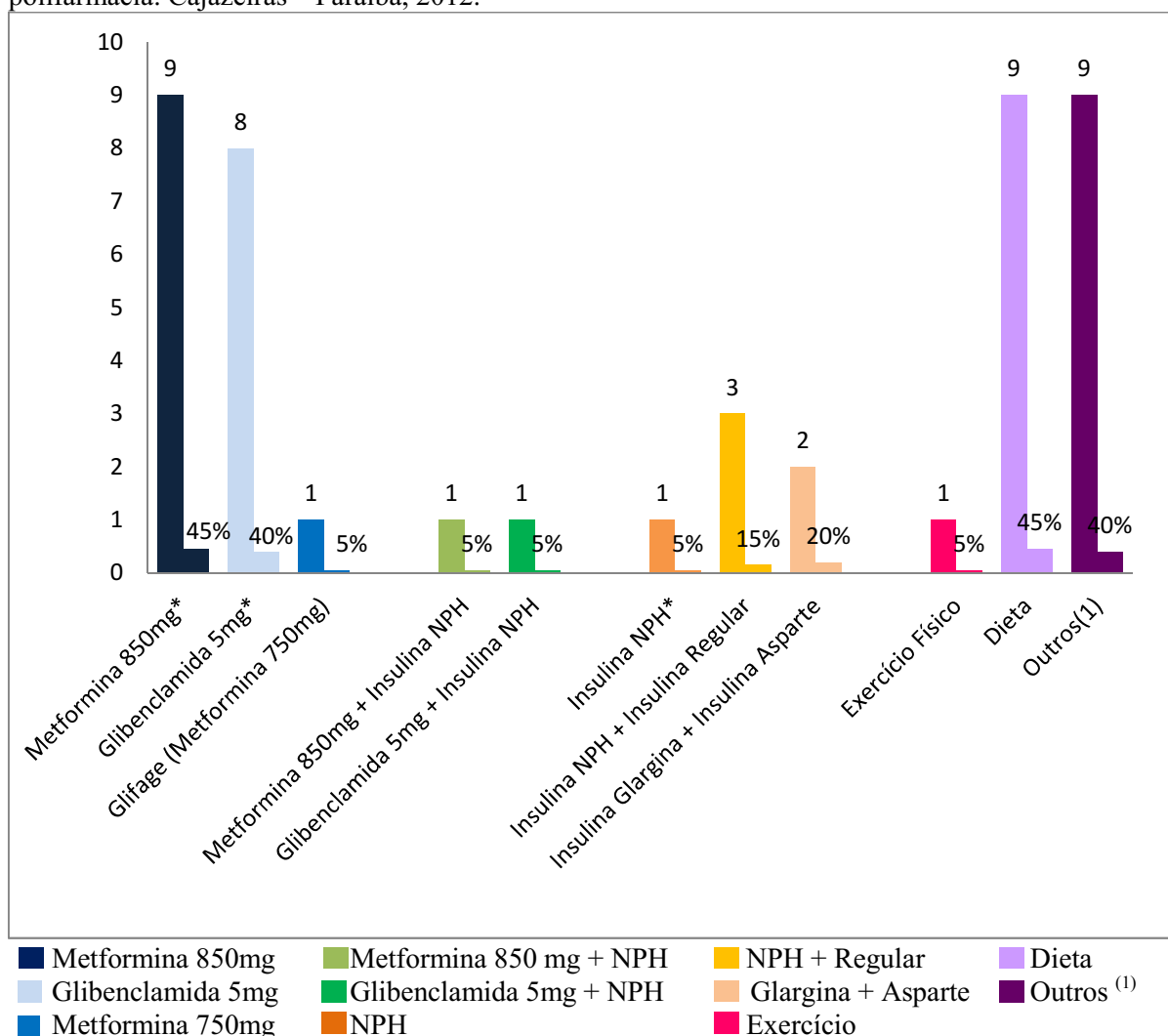
As campanhas para detecção e manejo de doenças crônicas não transmissíveis melhoraram a compreensão dos profissionais da atenção básica e seus aspectos estruturais e de reorganização de serviços, acontecendo algumas mudanças favoráveis no curto prazo entre 2001-2003, que foram os anos de desenvolvimento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no Brasil (BRASIL, 2004).

Quanto à variável realização de exames laboratoriais, grande parte da amostra, relativa a 16 entrevistados aufere positivamente ao achado clínico e é exemplificado o exame de glicemia sérica para confirmação diagnóstica; todos os participantes portadores de DM tipo 1 relataram ter feito exames laboratoriais para confirmar a presença de anticorpos autoimunes e a etiologia dessa classificação. Bandeira et al. (2009) referem que não existem exames diagnósticos complementares para o DM tipo 2, como fazem os marcadores imunológicos séricos no diagnóstico de DM tipo 1.

Além das disparidades etiológicas, os tipos de diabetes mencionados requerem terapêuticas diferentes. De acordo com a Gomes; Lerario (2009), a insulina é sempre necessária no tratamento do DM tipo 1 e este deve ser estabelecido assim que for realizado o diagnóstico. Já o tratamento do DM tipo 2 requer inicialmente uma mudança no estilo de vida, e torna-se mais complexo a medida que o paciente segue recomendações nutricionais e de exercícios físicos e ainda ocorrem alterações glicêmicas importantes, fazendo com que a terapia medicamentosa venha a ser instalada.

Os autores supracitados auferem que o protocolo de tratamento deve ser realizado através de hipoglicemiantes orais, que mantém esquema único ou combinado, dependendo da necessidade individual, e ainda assim, com o passar do tratamento, além da resistência insulínica, o paciente tende a diminuir a produção desse hormônio, podendo ser adicionada a insulino terapia. Os esquemas terapêuticos estão apresentados no gráfico abaixo, de forma que algumas respostas múltiplas indicam a diferença no total de frequências absolutas e percentuais esperadas.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: esquema de tratamento e polifarmácia. Cajazeiras – Paraíba, 2012.



FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

*Resposta múltipla

⁽¹⁾ Anti-hipertensivos, antidepressivos, antiarrítmicos, antiplaquetários, hipocolesterolemiantes, vasodilatadores, corticoides e mucolíticos.

Os hipoglicemiantes orais (simples e combinados) são os mais citados entre os grupos farmacológicos para o tratamento do DM tipo 2. O estudo mostra que nove participantes utilizam Metformina 850mg, oito fazem uso de Glibenclamida 5mg e apenas um refere utilizar Metformina 750mg. A discussão sobre a combinação de hipoglicemiantes orais não se estende, pois, em se tratando de medicamentos essenciais, estes são disponibilizados pelo SUS, o que não é o caso da Metformina 750mg (Glifage®).

Em seguida, o método terapêutico mais citado é a combinação das insulinas NPH e regular, referente a três participantes da pesquisa; logo após este dado, aparecem os portadores de DM que utilizam as insulinas de longa e curta duração, respectivamente, a

glargina e a asparte. Todas as insulinas citadas são disponibilizadas pelo SUS, embora sejam vinculadas a serviços diferentes, como é o caso das insulinas especializadas e de alto custo, que são providas pela gestão estadual.

Já as combinações entre antidiabéticos orais e insulinoterapia são citadas por dois dos entrevistados: um refere utilizar Metformina 850mg combinada com Insulina NPH e o outro utiliza Glibenclamida 5mg associada à Insulina NPH.

Um dado importante expõe a baixa adesão ao tratamento de forma correta, de modo que apenas um indivíduo do total da amostra realiza exercício físico regular e somente nove entrevistados referem fazer dieta, embora alguns afirmam realizar restrições alimentares flexíveis, gerando uma irregularidade no controle dietético.

O DM aumenta o risco de mortalidade para todas as patologias em 80%, e em 132% para as de natureza cardiovascular (PIMEZONI NETTO, 2012). Este dado elucida a necessidade para o uso de outros medicamentos, tais como anti-hipertensivos, antidepressivos, antiarrítmicos, antiplaquetários, hipocolesterolemiantes, vasodilatadores. Outras medicações citadas foram corticoides e mucolíticos, associados às doenças do trato respiratório e explicados pelo percentual elevado do histórico de tabagismo na amostra.

Em relação ao modo de obtenção dos medicamentos e insumos, metade da amostra, correspondente a 10 entrevistados, afirma os adquirir na Unidade de Saúde; o segundo local mais procurado pelos portadores de DM é a Gerência Regional de Saúde, cuja frequência absoluta é equivalente a cinco indivíduos do total da amostra; três dos entrevistados relatam buscar alguma medicação na Farmácia Básica; outros três referem a Secretária Municipal de Saúde como provedor direto de assistência farmacêutica e outros três relataram comprar seus medicamentos em farmácias regulares.

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com a variável: local de obtenção de medicamentos para o tratamento do DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Como adquire esses medicamentos		
ESF	10	50
Gerência Regional de Saúde	5	25
Farmácia Básica	3	15
Secretaria de Saúde	3	15
Outras farmácias	3	15
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

*Resposta múltipla

Halal et al. (1994) apud Paiva; Bersusa; Escuder (2006) encontraram uma probabilidade maior de resolutividade quando o recebimento do medicamento é feito no local de atendimento. Portanto, o advento de situações que repartem responsabilidades pode ser favorável, do ponto de vista gerencial, mas implica informações que não são esclarecidas a população, apenas impostas, levando a um desdobramento maior do usuário de saúde.

Tabela 9 – Distribuição da amostra de acordo com a variável: monitorização de glicemia capilar. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Controle de glicemia		
Sim	17	85
Não	3	15
Total	20	100
Local onde realiza a monitorização*		
ESF	12	76,4
Casa	3	17,6
Pronto-Atendimento	2	11,8
Total	17	100
Como adquiriu o glicosímetro?***		
Recebeu por ordem judicial	2	75
Outros	1	25
Total	3	100
Como adquire as fitas reagentes?***		
Recebeu da Secretaria de Saúde	1	33,3
Recebeu por ordem judicial	1	33,3
Outros	1	33,3
Total	3	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

*Dos que afirmaram realizar glicemia capilar

** Dos que afirmaram realizar glicemia capilar em casa

Com relação à monitorização da glicemia capilar, a maioria dos portadores de DM afirma fazê-la, cuja frequência absoluta foi de 17 participantes da amostra total; enquanto três afirmam que não a fazem. Dos que realizam, a Unidade de Saúde é o local mais procurado para o controle mensal ou esporádico, sendo citada por 12 entrevistados; em seguida, foi citada a realização do teste em casa por três indivíduos e por último, foi mencionado o pronto-atendimento do hospital regional, referente a dois entrevistados, que só o fazem quando estão com o diabetes descompensado.

Em estudo sobre monitorização domiciliar da glicemia em portadores de DM tipo 1, Grossi et al. (2009) afirmam que a oportunidade de utilizar valores de glicemia para compreender a interação entre insulino terapia, dieta, atividade física e intercorrências e direcionar a terapêutica revela melhoria do controle metabólico e aumento da adesão ao tratamento, tanto em pacientes jovens quanto em maiores de 60 anos. Bem como quanto maior for a quantidade de testes, maior propriedade terá o profissional em ajustar a insulino terapia e melhorar o controle glicêmico.

No que diz respeito à obtenção do glicosímetro para teste de glicemia capilar em domicílio, dos três portadores de DM que o fazem, dois fizeram aquisição por via judicial e um por intermédio de empréstimo. Com relação à aquisição das fitas reagentes para teste de glicemia capilar, um entrevistado referiu obtê-las por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, um entrevistado citou a via judicial e por mandato e conseqüentemente, obrigou a gestão municipal a fazer o repasse e outro entrevistado auferiu outras vias de aquisição, como empréstimo ou doação.

Tabela 10 – Distribuição da amostra de acordo com a variável: última consulta médica. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Última consulta médica foi há:		
Menos de 1 mês	7	35
1 mês	6	30
Um ano ou mais	3	15
2 meses	2	10
3 meses	1	5
Não lembra	1	5
Total:	20	100%

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

No tocante à última consulta médica, a pesquisa revela que grande parte dos entrevistados realizou seu último acompanhamento há menos de um mês, dado que equivale a sete dos entrevistados; seis entrevistados citam que o fizeram há um mês ou pouco mais; três indivíduos referem estar há um ano ou mais sem assistência médica; dois entrevistados afirmaram que a realizaram há dois meses; um entrevistado refere ter feito há 3 meses e um entrevistado revelou não lembrar de sua última consulta.

De acordo com Panarotto et al. (2009), a frequência de consultas pode ser um indicador do acesso do usuário ao sistema de saúde e quanto maior esta frequência, melhor o controle

glicêmico no final do acompanhamento. O estudo ainda revela que portadores de DM atendidos no SUS, uma vez que têm ingresso ao atendimento especializado, realizam tão bem ou mesmo melhor o controle glicêmico do que pacientes atendidos em uma clínica privada. O dado que corrobora com essa afirmativa é que a diferença entre hemoglobina glicada (A1c) inicial e final nos usuários do SUS é maior do que nos da clínica privada.

Contraditoriamente, Caporale; Calvo; Gagliardino (2006) apud Guidoni et al (2009) observaram que o número de consultas médicas não foi eficaz para prevenir novas e recorrentes hospitalizações de portadores de DM. Confrontar esses dados permite avaliar o acompanhamento dos entrevistados, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), devem ser realizadas seis consultas anuais em nível da Atenção Básica para os casos de DM tipo 2 e os casos de DM tipo 1 devem ser encaminhados aos serviços de especialidades (BRASIL, 2006); contudo, não é a quantidade de consultas que certifica a qualidade do atendimento e do controle efetivo do DM, gerando novas discussões sobre reformular os serviços prestados a esses pacientes.

No que diz respeito à presença de complicações de saúde decorrentes do diabetes, estão são referidas por 13 participantes da amostra; enquanto que sete participantes negam reconhecer ou apontar algum problema de saúde relacionado a essa patologia crônica. As respostas dos 13 entrevistados que se assinalaram positivamente ao questionamento anterior exprimem frequências absolutas e percentuais diferentes do esperado porque foram consideradas como respostas múltiplas.

Tabela 11 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: complicações de saúde autorreferidas decorrentes do DM. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variável	<i>f</i>	%
Complicação decorrente o diabetes		
Sim	13	65
Não	7	35
Total	20	100
Se sim, qual local*		
Membros inferiores	10	50
Olhos	5	25
Pele	1	5
Trato urinário	2	10
Membros superiores	2	10
Total	13	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Nota:

*Dos que afirmam ter complicações decorrentes do DM e resposta múltipla

Dos locais de lesão de órgão-alvo, os mais citados são membros inferiores, cuja frequência absoluta indica que metade da amostra, referente a 10, diz ter ou ter tido alterações vasculares e neuropáticas importantes, inclusive são citados alguns episódios de dificuldade de cicatrização, formigamentos e dormência; nenhum destes tem instalado pé diabético.

As complicações nos olhos são citadas por cinco participantes da amostra, que afirmam ter piorado a qualidade da visão depois do aparecimento do DM. Esse dado pode ser minimamente flexibilizado, devido à idade em que esses indivíduos se encontram, sendo, portanto, mais predispostos ao aparecimento de doenças como catarata, glaucoma etc. Contudo, principalmente em indivíduos com maior tempo de doença, o mau controle do DM pode fazer ascender alterações microvasculares de retina, que são irreversíveis.

Ademais, as alterações citadas são no trato urinário, referidas por dois indivíduos que afirmam ter tido infecções associadas ao DM; membros superiores, citados por dois indivíduos que expõem alterações vasculares e neuropáticas sem complicações mais graves e pele, mencionada por um participante, que associa infecções desse órgão ao problema de saúde crônico.

4.2 ANÁLISES SEGUNDO O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Nesta segunda parte do estudo, são retratados os resultados obtidos a partir dos questionamentos subjetivos e analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta metodologia é uma tentativa explícita de reconstruir um ser ou uma entidade empírica de natureza coletiva, que emite sua opinião na forma de um discurso auferido na primeira pessoa do singular, sendo o maior desafio descrever a autoexpressão do que pensa a opinião grupal, respeitando a dupla condição quantitativa e qualitativa destes, enquanto objeto de estudo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005).

No Quadro 1 encontram-se as Ideias Centrais e os DSC dos portadores de DM em resposta à questão “*Como aconteceu o início do diagnóstico e a relação com o atendimento de um clínico geral ou endocrinologista?*”. Esse questionamento busca a resposta de quanto tempo demorou desde a presença dos primeiros sinais e sintomas do DM ou surgimento de alterações em órgãos-alvo até o início do tratamento.

QUADRO 1 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Como aconteceu o início do diagnóstico e a relação com o atendimento de um clínico geral ou endocrinologista? Fale mais sobre isto*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Rápido e pela Estratégia de Saúde na Família	<i>“Não demorou nada, fiz o exame do dedo no posto, aí depois fiz o exame de sangue e no outro dia mostrei ao médico e comecei a tomar remédio, (...) procurei logo a unidade quando eu tava doente, fui logo pro clínico geral de lá, (...) eu participava de um grupo de idosos, aí fiz uns exames no posto e deu alterada a glicose; procurei logo o médico do posto”.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Demorado e na atenção secundária ou terciária	<i>“Começou a ter os sintomas, aí foi pra o hospital e fez exames e deu diabetes, daí ele foi acompanhado pelo endocrinologista direto lá, (...) passou três semanas internada quando foi pra poder saber o que ela tinha, aí como foi pro HU de JP, lá já tinha endocrinologista, (...) me consultei com muitos médicos, fui bater em Sousa, aí descobriram o diabetes, (...)demorou tanto, eu num sabia o que era que eu tinha, fiz nove exames e passei 12 dias internada pra saber que eu tinha diabetes”.</i>

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Na Ideia Central 1 “Rápido e pela Estratégia de Saúde na Família”, o DSC permite observar a facilidade e a melhora do acesso do usuário de saúde à atenção primária, identificando seus problemas próximo de sua realidade local, através da procura rápida e efetiva, às vezes, de maneira preventiva, antecipada ao surgimento das complicações e de internações hospitalares, possibilitando um melhor planejamento e acompanhamento das necessidades do indivíduo com esta patologia. De acordo com o Ministério da Saúde o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2004).

Esse dado pode estar associado ao investimento realizado na década passada, quando o Ministério da Saúde lançou um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em 2001, com a finalidade de atender melhor à demanda das doenças crônicas não transmissíveis, em ações articuladas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle dessas patologias.

Barbosa; Barceló; Machado (2001), no relatório preliminar sobre a detecção de casos de Diabetes Mellitus no Brasil, referiram a importância do vínculo entre pacientes e trabalhadores da saúde, imprescindível para o sucesso no tratamento do DM, e que, apesar de bem sucedidas as atividades nessa área, essa junção de sujeitos no processo havia sendo pouco efetivada, principalmente nas Unidades de Saúde.

Os autores descreveram, ainda, que o atendimento a esses pacientes costumava acontecer em serviços de emergência, ou seja, em espaços que não propiciavam a identificação de lesões em órgãos-alvo e não individualizavam o tratamento e acompanhamento para cada caso; e em se tratando de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco, coexistia a falta de capacitação e da tradição desses serviços de saúde para sistematizar suas atividades.

Esse mesmo espaço é descrito na Ideia Central 2, uma década depois, quando os pacientes referem não saber o que sentiam e terem ido em busca do serviço de atenção secundária. Se compararmos com a frequência da assistência primária, esse atendimento, de forma pontual, trata as questões mais afloradas da própria evolução da doença, presente em diagnósticos tardios ou não, mas não garante como será o enfrentamento do portador e de sua família daquele momento em diante em relação ao processo de mudança de hábitos, necessário para toda a vida.

Pereira (2007) relaciona a falta de estudos avaliativos da atenção primária para com o DM e o caráter decisório desse instrumento de reflexão sobre as práticas na USF. A autora refere, ainda, que as relações de referência e contrarreferência insuficientes entre a Atenção Primária e os outros níveis de complexidade podem contribuir para a noção de que o serviço possui uma limitação, que é a da assistência de baixa qualidade, fragilizando seu desempenho como porta de entrada preferencial no Sistema de Saúde.

A Ideia Central 2 “Demorado e na atenção secundária ou terciária” permite afirmar que a prática das ações que permeiam o novo modelo de atenção em saúde ainda é frágil, quando não detecta os novos casos de DM com agilidade e/ou na atenção básica, já que este serviço deveria ser o potencial conhecedor das necessidades dos usuários, enquanto praticantes de comportamento de risco (no caso do DM tipo 2).

Portanto, o percurso da linha de cuidados no que diz respeito às doenças crônicas é exitoso quando está centrado no campo de necessidades dos usuários e implica a existência de alguns fatores: a presença do cuidador, o uso de tecnologias leves, o plano terapêutico adequado, a vivência de uma rede de serviços que dê suporte às ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório (MALTA; MERHY, 2010).

Podem ser feitas ressalvas quanto à voz do coletivo, enquanto que cada sujeito pode ter tido seu diagnóstico realizado em períodos históricos diferentes, com modelos de atenção diferentes. Contudo, pela própria cultura desvelada nas falas, há de se pensar que a descentralização do cuidado, se não for frisada como promoção da saúde, não é suficiente

para desconstruir a visão enraizada da assistência médica intra-hospitalar como a melhor ou aquela que resolve a doença do paciente porque instrumentaliza a atividade com medicações, exames complexos e, infelizmente, procedimentos de médio ou grande porte, como as amputações, que já indicam a presença de complicações crônicas.

No que diz respeito ao Quadro 2, estão presentes as Ideias Centrais e os DSC dos portadores de DM em resposta à questão “*Quais as informações que você tem sobre os direitos do diabético? Quem passou essas informações?*”.

QUADRO 2 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Quais as informações que você tem sobre os direitos do diabético? Quem passou essas informações?*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo – 1
Poucos conhecimentos.	<i>“Eu não sei quase nada, não, só receber a insulina é o direito que a gente sabe (...) só receber os medicamentos mesmo, né? Ninguém nunca falou, (...) não me explicaram, (...) acho que o doutor/ a enfermeira já falou algo.”</i>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo – 2
Direito à saúde e a auxílios.	<i>“Todo diabético tem direito a ter um tratamento melhor, tem direito às fitas, ao aparelho de medir, essas coisas. Foi as enfermeiras e as médicas do hospital, eu nunca deixei de ir pras palestras. O pessoal do posto informou sobre os direitos de medicamentos e do benefício, (...) o direito que eu tenho é a ACS que passa aqui e marca minhas coisas, (...) mesmo eu recebendo o auxílio, a prefeitura tem o dever de pagar os exames e medicamentos, (...) dá direito a tudo, só que eles não dá. Disse que leva um papel pro juiz, pro juiz mandar o prefeito pagar, (...) eu sei que o pessoal que mora em Bonito de Santa Fé recebe tudo, até o aparelho, mas aqui em Cajazeiras, eu não sei, pensei que recebia tudo completo, (...) a Dra. falou sobre o cartão do diabetes, que eu não tinha e aí eu fiz e fiz o exame do dedinho”.</i>

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Quanto à Ideia Central 1 o DSC demonstra um déficit no conhecimento em relação ao direito à saúde, enquanto usuários do SUS e portadores de uma doença crônica. Essa lacuna pode estar associada à escolaridade dos usuários, à idade e estilo de vida de cada um, ao conhecimento geral sobre a doença e ao tratamento relativo a cada situação.

Os entrevistados que demonstram não conhecer totalmente os seus direitos ou do grupo qual pertencem, enquanto portadores de DM, centralizam seu tratamento na intervenção medicamentosa. A fala do coletivo retira do foco do plano terapêutico o rígido controle glicêmico e a questão das consultas de acompanhamento, inclusive da enfermagem.

Estes indicam ainda que nunca foram informados acerca de seus direitos ou sabem muito pouco, o que nos leva a refletir num tripé de fatores que estão entre o conhecimento, na sua forma teórica e que embasa toda atividade de usuário, profissional e gestor na conformação do SUS e a verdadeira efetivação ou o acesso pleno de um direito social: a corresponsabilidade de profissionais de saúde, do poder público e dos usuários de saúde na busca pela efetivação dos direitos do portador de DM (SANTOS et al, 2011).

O trabalhador em saúde, pela questão ética, têm o dever de informar ao paciente e efetivar o direito do mesmo quando estiver sob sua competência e responsabilidade, seguindo o princípio da não-maleficência. O Estado também tem papel importante na distribuição de informações pertinentes ao tema, devendo comunicar de maneira clara e acessível aos seus usuários as benesses que o SUS deve disponibilizar para que o paciente tenha sua saúde restabelecida, quando se trata de um agravo à mesma, como é o caso do DM.

Mesmo que o paciente esteja protegido na lei máxima, que é a Constituição Federal, este fato não retira o dever do poder público em informar e buscar solucionar a demanda, principalmente porque se ele explica o que é de direito e que não é efetivado, demonstra que fere à própria legislação e quem ganha sempre é o usuário.

Por fim, o terceiro e último aspecto é sobre o portador de DM e sua opção ou condição em ser ativo ou isento da responsabilidade de buscar autonomia. Canela; Nascimento (2009) observam a relevância do acesso à informação na ótica individual, a partir de nossas relações, entre sujeitos que vivem em uma sociedade democrática, e isso pressupõe a necessidade do indivíduo de fazer escolhas. Porém, como ser que vive entre outros seres e em relações de poder, todos ganham quando é possível participar das decisões em serviços públicos que afetam a vida em sociedade.

O usuário de saúde que busca a informação como direito humano universal está munido de poder e julga as situações com bom senso apurado e com criticidade, assumindo posturas e questionando o processo de saúde que vivencia. Essa carência de informações por parte do usuário dificulta o cumprimento dos princípios de justiça e equidade, ou seja, teoricamente, aquele que sabe mais tem um acesso melhor ao sistema e isso se relaciona com a origem de desigualdades sociais em saúde.

No que diz respeito à Ideia Central 2, o DSC expressa um conhecimento mais aprofundado sobre os direitos do portador de DM, cuja fala inclui a assistência medicamentosa, a participação de outros sujeitos da Atenção Primária, como o ACS, que interliga o paciente à Unidade e aos demais profissionais, o direito aos insumos para o controle do DM, bem como a assistência nos âmbitos previdenciário e social. Contudo, a

resposta subjetiva destes usuários não expressa a concretização desse direito, o que significa é que, por vezes, os direitos não se aplicam na realidade local.

Pellegrini Filho (2004) defende o mote de que a informação e o conhecimento são bens públicos primordiais e que ter ou não ter o acesso a estes é determinante para possíveis iniquidades em saúde. Marques; Dallari (2009) complementam quando auferem que apenas a informação não resulta no pleno exercício de direitos, fazendo-se necessária a otimização do planejamento da destinação de recursos por parte do poder público, para que os benefícios sejam alcançados de forma justa e equitativa.

É imperativo salientar as competências da gestão de cada setor, responsável por ofertar os serviços e recursos assistenciais. Malta; Merhy (2010) consideram que cada um deles é parte essencial da integralidade do cuidado, como um ponto específico de um percurso que cada usuário busca para encontrar a integralidade que precisa, e que conectá-los como uma rede é um desafio imprescindível, pois caso não seja alcançado, na observação deste estudo, obriga o paciente a deslocar-se por vias alternativas em instâncias públicas, para efetivação do seu direito.

QUADRO 3 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: *“Procura ter acesso a esses direitos? De que forma?”*. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Busca efetivação do direito à saúde na Atenção Primária	<i>“Já procurei saber (...) eu vou receber os medicamentos lá no posto, (...) procuro, mas não tem médico! Já fui no posto, vou buscar meus remédios; a menina, a enfermeira, me disse que quando não tiver lá, pode ir na farmácia básica, levei meus documentos e já fiz meu cadastro”</i> .
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Procura por outras instâncias públicas	<i>“Sim, eu já fui no Ministério Público, na Gerência de Saúde, na Secretaria de Saúde, (...) já falei até com o Secretário, pra conseguir consulta, o material pra o exame dele, pro auxílio, tudo isso, (...) já deixei o papel lá na secretaria, mas passou dois meses e não consegui, o homem mandou eu ir embora, não tinha condição de dar, (...) tem que entrar na justiça e é a maior burocracia”</i> .

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

O Quadro 3 expressa as Ideias Centrais e os DSC dos portadores de DM em resposta à questão: *“Procura ter acesso a esses direitos? De que forma?”*. Na Ideia Central 1 “Busca efetivação do direito à saúde na Atenção Primária”, os portadores referem a Unidade de Saúde

como o local de escolha e como o serviço que concretiza seu direito, principalmente no que se refere à assistência farmacêutica.

O aspecto da vinculação do paciente à Atenção Primária mais uma vez se fortalece, quando ela é expressa como referência para dúvidas e soluções, principalmente para os portadores de DM tipo 2. Essa ação se respalda nas medidas que ampliaram o acesso da população aos medicamentos fornecidos pelo SUS, através do “Programa mais saúde: direito de todos”, estratégia que expande a qualidade da saúde nessa ótica, vinculando o desenvolvimento econômico ao social (BRASIL, 2008).

O que fragiliza este vínculo é a assistência permeada por dificuldades, como é o caso de medicações que não estão inclusas na Relação Nacional de Medicamentos, como o Glifage (metformina 750mg) ou, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) devido ao pensamento comum de dominação de algumas atividades profissionais da equipe de saúde a outras, estando todas as ações, inclusive a de autocuidado, submetidas à conduta médica.

A Ideia Central 2 “Procura por outras instâncias públicas” permite observar a autonomia do usuário na busca pela integralidade, visto as fragilidades do serviço de saúde em não fornecer condições para o tratamento e controle do DM. Compreende-se que as competências de cada nível de gestão deveriam estar coordenadas, de maneira que a gestão municipal seria responsável pela execução das ações, como é o caso da dispensação de medicamentos essenciais, cabendo à gestão estadual a organização e coordenação da assistência farmacêutica dentro do Estado, bem como a responsabilidade específica quanto à dispensação de medicamentos de alto custo ou excepcionais, como é o caso das insulinas especiais.

Marques; Mendes (2002) explicam que os municípios são heterogêneos e podem apresentar ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa distintas. Isso possibilitou o início de experiências pactuadas, que consistem na divisão de responsabilidades e na partilha da gestão das Unidades de Saúde. Porém, em muitos casos não se tornaram iniciativas bem sucedidas.

A observação sobre as ações judiciais, através do Ministério Público, nasce dessa perspectiva de não cumprimento das partes de gestão em saúde e da necessidade palpável de apoio econômico às famílias que enfrentam o DM. Machado (2008) faz um levante bibliográfico que permite refletir sobre o processo de Judicialização da Saúde no Brasil de forma a contrapor benefícios e malefícios dessa tendência no campo da saúde, pois ao mesmo tempo em que incorpora grupos marginais no sistema político, ampliando a democracia e cidadania, a participação do Poder Judiciário leva à intensificação da assimetria de direitos. O autor refere que essa atuação pode ser positiva, ao pressionar os demais Poderes a atender as

necessidades da sociedade brasileira, a rever politicamente o desenvolvimento de suas ações, contribuindo para a expansão dos serviços disponibilizados pelo Estado.

Pode-se observar neste estudo, que embora os usuários procurem efetivar o acesso à saúde através de protocolos lógicos em instâncias superiores, como na Secretaria de Saúde ou na Gerência de Saúde, existem lacunas que não são respondidas e elas relatam dificuldade no tocante à burocracia dessas ações.

No Quadro 4, estão expressas as Ideias Centrais e os DSC da questão: “*Quais as dificuldades para ter esse acesso na USF?*”.

QUADRO 4 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Quais as dificuldades para ter esse acesso na USF?*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Nenhuma	<i>“Tenho não, quando eu quero me consultar, a menina marca o dia e eu vou, quando chego lá sou bem atendida, (...) dá pra fazer exame não tem problema não, elas atendem direitinho, (...)muito cuidadoso o povo do posto, (...) eu sempre faço o exame do dedo lá.”</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Falhas no atendimento médico	<i>“Às vezes marca a consulta e não tem médico, (...) demora só porque no dia do doutor o povo quer ir tudo com ele, (...) não fiz consulta porque não gostei do que me disseram, que ela não era boa”.</i>

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

No tocante à Ideia Central 1 “Nenhuma dificuldade”, observa-se no DSC que os usuários não reconhecem dificuldades no acesso à atenção primária. Segundo Starfield (2002) apud Nonnenmacher; Weiller; Oliveira (2011) o acesso traduz a forma como o usuário utiliza o serviço, ou seja, compreende o uso oportuno dos serviços de saúde, pretendendo conquistar os melhores resultados possíveis.

Tendo em vista a linha de cuidado às doenças crônicas no campo da Atenção Primária, é importante que o portador de DM sinta o atendimento de modo acolhedor e parcialmente ou totalmente resolutivo na Unidade de Saúde e, mesmo que ele não possa se deslocar até lá, que ele esteja interligado através dos Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis por coordenar as visitas domiciliares com os demais membros da equipe.

Sousa; Franco (2007) afirmam que a qualidade da atenção é avaliada de acordo com a percepção dos usuários e torna-se fundamental para resgatar o caráter público dos serviços, fornecendo a transparência necessária para o controle social. Pode-se observar no estudo, que

os usuários citam a marcação de consultas, o controle glicêmico realizado na Unidade de Saúde, mas não referem problemática que avance a questão da “Falha do atendimento médico”, descrita pela Ideia Central 2. Segundo o DSC, eles referem que os obstáculos na USF são a marcação de consultas e a falta de profissionais para que elas se efetivem, a sobrecarga de alguns médicos em detrimento do seu atendimento acolhedor e humanizado e a falta de interesse no atendimento de outros.

Se, de acordo com Ministério da Saúde 80% dos casos de DM podem ser acompanhados pela Atenção Primária (BRASIL, 2006), é importante que essa cobertura seja a maior possível, para que a clientela do DM tipo 2 não fique desprovida do acompanhamento médico e multiprofissional.

Nonnenmacher; Weiller; Oliveira (2011) referem que não acolher os usuários significa restringir o acesso dos mesmos ao serviço. Os autores finalizam relatando que é necessário trabalhar as relações entre os usuários e os serviços de saúde de forma a identificar e estabelecer para todos os sujeitos envolvidos os reais e justos critérios determinantes da prioridade de acesso.

É preciso ponderar a subjetividade política dessas respostas, de acordo com a participação real desses indivíduos na busca e na organização do serviço, estando voltados, mais uma vez, para a hegemonia do modelo biomédico. Já que o controle social é regulador das atividades da gestão, uma vocalização de necessidades de educação em saúde a partir dos usuários de encontro à Atenção Primária seria importante para efetivar os cuidados do DM, que devem ser a longo prazo e através de toda a equipe de saúde, quando, também, nesta feita, os sujeitos não visualizam o atendimento multiprofissional como um direito.

No Quadro 5, observa-se a Ideia Central e o DSC dos portadores de DM em resposta à questão: “*Quais as dificuldades para ter o acesso aos medicamentos?*”.

QUADRO 5 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Quais as dificuldades para ter esse acesso aos medicamentos?*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Distribuição irregular de medicação	“ <i>Eu tenho que ir lá na farmácia, me deslocar, tenho que comprar né, porque meu remédio não tem no posto, (...) às vezes tem, às vezes falta o medicamento, mas aí eu mando logo comprar, (...) uma vez demorou demais, (...) o problema é só se não levar a receita do médico, (...) se for antes de acabar você não recebe e quando tá faltando lá eu recebo de graça em outra unidade</i> ”.

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

A Ideia Central 1 “Distribuição irregular de medicamentos” traz uma análise sobre a principal dificuldade que é a falta de medicação, seja aquela que interrompe o plano terapêutico esporadicamente ou a que impossibilita de receber gratuitamente a medicação pelo SUS, obrigando o cliente a obtê-la de outra maneira. Eles relatam ter ido buscar em outros locais essa medicação, como a Farmácia Básica ou em outras Unidades. Para Barbosa; Lima (2006) apud Santos; Oliveira; Colet (2010), a fidelidade ao tratamento é imprescindível para controlar os efeitos do DM.

Apesar de Gimenes; Zanetti; Haas (2009) descreverem que muitos portadores de DM acreditam que não necessitam da terapia medicamentosa, devido ao caráter assintomático da doença, os usuários entrevistados informam que nas ocasiões que ocorreram falhas na distribuição da medicação, eles procuram outras Unidades de Saúde ou compram o remédio, demonstrando interesse em aderir ao plano terapêutico, tratando como prioridade esta ação. É importante associar a baixa renda dos indivíduos entrevistados e o não cumprimento da assistência farmacêutica, levando-os a destinar recursos para a compra do medicamento e deixando em segundo plano a dietoterapia e as alterações no estilo de vida.

Comparativamente, o estudo de Pereira (2007) também demonstrou que a carência de hipoglicemiantes orais básicos e insulina foi uma das principais fragilidades na Atenção Primária, obrigando a maioria dos colaboradores a se deslocar para outras unidades, como a Policlínica, principalmente no caso do recebimento das insulinas. Esses deslocamentos, às vezes, inviabilizam o acesso a estes insumos, pois além da distância ser uma barreira, ocorre o problema da transparência destes serviços e mesmo em Unidades que dispõem das medicações, nota-se, diversas vezes, a insuficiência destes no atendimento à demanda dos portadores de DM.

As implicações da falta de adesão ao tratamento são reconhecidas como a não obtenção dos resultados esperados, a ausência da resposta fisiológica, fragilização da relação médico-paciente e aumento do custo financeiro para o usuário e para o sistema de saúde, devido ao número elevado de hospitalizações e do tempo de tratamento, que poderiam ser prevenidos (VALLE, 2000 apud FARIA, 2008).

A OMS (2003) retrata a baixa prevalência de adesão em países em desenvolvimento, devido à escassez de recursos destinados à saúde e à dificuldade de acesso aos serviços. De acordo com Faria (2008), o acesso à medicação é um dos fatores indispensáveis para a prestação de serviços a estes pacientes, portanto constitui-se como primeiro passo para a terapia medicamentosa, embora seja preciso considerar que somente fornecer o medicamento não conduz o sucesso do tratamento.

No Quadro 6, são expostas as Ideias Centrais e os DSC em resposta à questão: “*Quais as dificuldades para ter esse acesso aos insumos para tratamento e controle do diabetes?*”.

QUADRO 6 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Quais as dificuldades para ter esse acesso aos insumos para tratamento e controle do diabetes?*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Controle glicêmico irregular na Unidade	<i>“Lá em cima tem fitas pra fazer o teste, agora aqui num tem não, (...) tá em falta, eu ia fazer hoje o teste, mas amanheci tonta, aí não vou, (...) quando tem fita, às vezes faço logo, mas às vezes falta fita, aí tenho que ir de novo, (...) dá um trabalhozinho, mas sai, (...) elas num vem não, eu às vezes vou, mando buscar as coisas”.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Distribuição irregular de insumos para tratamento e controle glicêmico em casa	<i>“A seringa não tem lá, eu tenho que comprar, é um real cada, tá com dois meses que não tem, eu tô usando é uma seringa pra dois ou três dias, já tava envergando e inflamando, (...) faz três meses que eu não recebo as fitas e as agulhas, que é da caneta, tenho que comprar, porque lá não dá, (...) a única dificuldade é com as fitas e o aparelho que já recebi, às vezes não é compatível, eu tenho que ir lá de novo trocar e ajeitar.”</i>
Ideia Central 3	Discurso do Sujeito Coletivo 3
Custo e adaptação à dietoterapia	<i>“A alimentação complica às vezes por causa das coisas diet que são caras, pra quem não tem um bom ganho fica difícil, não deixo ele comer as comidas normais, se eu não der, é pior, porque sobe e é mais caro ainda, (...) eu não como as coisas direito, (...) antigamente eu comia pau e pedra, agora é aveia, vitamina e isso tudo abusa, como sem gordura; nem feijão eu não tô comendo, (...) depois que eu consegui o dinheiro, deu pra comprar comida, porque tudo é caro né, (...) eu como tudo, é a fome que faz”.</i>

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

A Ideia Central 1 comporta as questões relacionadas ao controle glicêmico na Unidade de Saúde, onde é perceptível observar a dificuldade com relação ao provimento das fitas para a realização de testes na Atenção Primária.

Os pacientes relatam que, durante a busca pelo controle glicêmico, algumas características dispõem a falta de adesão ao tratamento, como é o caso de ir diversas vezes à Unidade para realizar algo que ocorre periodicamente, com uma data específica, e isto não ocorre. Visto que eles marcam a próxima visita do cliente na UBS, o que também é outra problemática, pois isso não caracteriza uma demanda do usuário, mas sim do serviço, já deveria haver uma programação para receber aquele cliente.

A Ideia Central 2 “Distribuição irregular de insumos para o tratamento e controle glicêmico em casa” expressa os problemas que os colaboradores enfrentam na obtenção desses materiais para melhorar a qualidade do tratamento e que estes obstáculos se relacionam diretamente com a capacidade desses sujeitos em articular suas demandas como prioridade para o serviço de saúde.

Os portadores de DM que realizam glicemia capilar em casa referem ter este direito garantido porque estão protegidos por mandados judiciais que obrigam o gestor público a destinar verbas para a manutenção da saúde do paciente. Sendo assim, deveriam estar acobertados por tudo o que necessitam, principalmente porque estes possuem em seu esquema terapêutico a insulino-terapia, mas auferem como limitações a falta de seringas ou agulhas para administração de insulina, de fitas para glicoteste e/ou a incompatibilidade deste insumo com o glicosímetro que já possuem, mas que, segundo os pacientes, podem ser resolvidos com novos mandados judiciais.

Observa-se que as conquistas no âmbito do direito à saúde são muito valiosas economicamente e politicamente, pois impulsionam o portador de DM e sua família a pensar na premissa de que saúde é um direito que requer atenção quando se vivencia a dificuldade de lidar com tantas variações glicêmicas e com a necessidade de percebê-las nestas ocasiões, a fim de praticar a autonomia prevista no autocuidado, tão necessária para um bom manejo do DM.

O custo mensal com testes glicêmicos, verificado a partir do conhecimento dos usuários sobre os valores das fitas marcadoras de glicose e do protocolo de verificação diária da glicemia, que pode ser de até seis vezes por dia (GOMES; LERARIO, 2009) podem chegar até 58% de um salário-mínimo. Observando a renda dos entrevistados, a falha no investimento do poder público na fala dos usuários que não possuem controle glicêmico regular e a grandeza desta aquisição, verificam-se possibilidades escassas das famílias arcarem com o tratamento, podendo ser uma dificuldade também para os gestores.

Algumas ações conjuntas, entre sociedade e Estado poderiam melhorar este acesso, como a diminuição de tributos dos insumos para o controle do DM e/ou incitar a produção nacional, tornando o produto menos oneroso para todos, já que mesmo os que têm acesso pela via judicial, é com a verba pública que são pagos esses tratamentos. Outra questão, embora seja tarefa difícil, devido ao grau de conhecimento da maioria dos usuários para discutir sua problemática e pela organização política da nossa sociedade, seria importante o bom funcionamento do controle social, questionando à gestão o não cumprimento das práticas de

apoio aos portadores de DM, visto que é um direito que assiste esta população específica e a transparência é um dever quando na manipulação da verba pública.

A Ideia Central 3 “Custo e adaptação à dietoterapia”, por fim, expressa no DSC o quanto é complexo para o cliente e suas famílias mudarem hábitos alimentares ou permitir apenas para um membro o consumo diferenciado de uma alimentação custosa. Observa-se na fala, que todos sabem da importância de se alimentar bem, que seria melhor manter dieta adequada para não ter que ficar doente, mas ou a condição econômica não permite essa ação ou eles julgam a adaptação a determinados grupos de alimentos, de certa forma, impraticável.

De acordo com Silva; Mello (2006), o manejo dietoterápico do DM inclui: reduzir a hiperglicemia, evitar a hipoglicemia e minimizar o risco de complicações, principalmente cardiovasculares. A notória não adesão dos portadores de DM ao estilo de vida requerido pela alocação da patologia implica na necessidade de um campo atuante na educação em saúde, em nível de Atenção Primária.

O convívio em grupos educativos geram condutas positivas e melhoram a qualidade de vida dos clientes e de suas famílias. Portanto, por ser uma atividade essencial ao tratamento, configura-se como um direito e um dever do usuário e dos trabalhadores responsáveis pela promoção da saúde (CAZARINI et al., 2002). A OMS (2003) corrobora ao afirmar a necessidade da associação de execução de programas de alteração do estilo de vida em portadores de fatores de risco a mudanças ambientais que favoreçam as escolhas individuais na adoção e manutenção do estilo de vida saudável e, além disso, o estímulo à valorização cultural pela saúde é um instrumento importante no alcance dessas metas.

No Quadro 7, estão expostas as Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Como tem sido o atendimento pela enfermeira do posto nas consultas de enfermagem e acompanhamento?*”. Na Ideia Central 1, estão as informações que caracterizam o atendimento e acompanhamento do profissional da Enfermagem de maneira humanizada, como o acolher bem, perguntar sobre a alimentação, o convidar para ir na Unidade de Saúde, e que são importantes em todo e qualquer relação trabalhador – usuário.

O indivíduo portador de DM, ao se deparar com a possibilidade de desenvolver complicações próprias de sua patologia, está sujeito ao aparecimento de ansiedades, medos e expectativas de recuperação ou de incapacidade. Este aspecto emocional pode ser minimizado através do cuidado humanizado que esteja aberto a ouvir, compreender, dialogar e orientar, evitando a execução do tecnicismo. É importante poupar o hábito da mecanização, quando o

verdadeiro objetivo da Enfermagem é humanizar o cuidado (DIAS; SANTANA; SANTOS, 2006).

QUADRO 7 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo de portadores de DM em resposta à questão: “*Como tem sido o atendimento pela enfermeira do posto nas consultas de enfermagem e acompanhamento? Fale um pouco*”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Humanizado.	<i>“É ótimo, gosto mais do atendimento dela do que dos médicos, (...) vou no acolhimento, (...) pergunta sobre a dieta, tem cuidado com o paciente, (...) ela é gente fina, (...) lá é tão bom, me chamam de bebê, me convidam pra entrar, (...) todas as meninas são um amor, (...) ela tem muito cuidado com minhas comidas, é maravilhosa”.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Demora para o atendimento.	<i>“É bom, agora tem dia que eu espero muito lá, quando ela tá fazendo exame das mulheres demora, mas quando não tá é rápido, (...) quando estão desocupadas, elas atendem, mas quando estão ocupadas, elas demoram, tem que continuar fazendo o que estavam fazendo”.</i>

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Em relação à Ideia Central 2 “Demora para o atendimento”, o DSC demonstra a disposição do usuário em relação ao serviço, mas devido às demandas diversas do enfermeiro na Unidade de Saúde, ele pode não se sentir como uma prioridade, quando afirma que o enfermeiro não está despreocupado com seu caso, mas, naquele momento, não pode atendê-lo, devido a outras demandas específicas da Atenção Básica. Portanto, não configura uma visualização do usuário a priorização da atenção a ele, pois a enfermagem só o atende quando não está realizando outras atividades na unidade.

Neste contexto, é preciso reavaliar as rotinas de abordagem ao DM, tal como o texto constitucional que refere Campos (2003) apud Pereira (2009) que prioriza o Atendimento integral, com vistas para as atividades preventivas, sem ter nenhum prejuízo de serviços assistenciais. Segundo autor, essa prioridade atribuída à prevenção tem um forte sentido político devido ao percurso da atenção à saúde no Brasil, que traz consigo uma dívida diante da prevenção de patologias na população brasileira.

Portanto, quanto mais se conhece a clientela e mantém esse vínculo, maior a necessidade de investir na educação permanente dos trabalhadores em saúde voltados para o

desempenho dos serviços e a priorização de dificuldades e populações de maior vulnerabilidade social (FACCHINI et al., 2006)

Em se tratando do profissional de Enfermagem na Atenção Primária, o cuidado familiar deve ser mais trabalhado, tal como Potter; Perry (2009) relatam, ou seja, através da condução das crises de saúde, ensinando ao paciente a administrar terapias específicas, a ajustar-se às alterações no percurso da doença, a evitar o isolamento, bem como ajudando nos conflitos familiares. É uma possibilidade de expansão da ação do enfermeiro, deixando de ser superficialmente humanizado e burocrático, para atingir, através de relações recíprocas mais profundas, um elo de confiança entre educador e paciente.

De acordo com Bauman (2001) apud Pires (2004), o cuidado, enquanto gesto e atividade solidária, destina-se a proteger e assegurar a vida, os direitos e a cidadania. Demo (2002) apud Bellato et al. (2006) trata da politicidade, enquanto desenvoltura do indivíduo de uma busca imanente para atingir níveis graduais de autonomia, através do pensar e intervir, no sentido de conduzir uma própria história, de uma situação que não é dada e finda, mas interminavelmente conquistada. O autor também refere que o futuro da ampliação do direito e da cidadania está mais presente no campo da educação do que da assistência.

A politicidade do cuidado, nesse contexto, é algo que se dimensiona no meio do cuidado integral do enfermeiro ao portador de DM, no sentido de melhorar a habilidade do usuário para repensar a organização das relações sociais em que vive. O DSC precisa ser criticamente observado, como diz Pires (2004), para que não seja uma reflexão ingênua nem uma racionalidade prepotente.

Contextualizando o trabalho de Bellato et al. (2006) que trata dos direitos relacionados aos portadores de ostomias com a realidade do DM, torna-se interessante, a fim de promover as mudanças necessárias e a efetivação do direito à saúde do portador dessa patologia crônica, que os profissionais saibam dos direitos de seus pacientes e os conduzam a um cuidado emancipatório, realizando as competências bioéticas do cuidar, ao transmitir informações e modular a cidadania destas pessoas. É preciso que eles se unam com seus pacientes, potencializando a busca por essa autonomia na saúde pública, pois tal como refere Demo (2001), o direito de se associar vem anteriormente a qualquer lei, pois é este direito que consente uma sociedade organizada pela lei.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus, enquanto síndrome metabólica crônica que acomete um crescente número de pessoas nos países em desenvolvimento e traz consigo uma demanda excedente de atendimentos no sistema de saúde pública requer uma prática efetiva da assistência primária aos seus portadores, de modo a produzir uma visão integral do indivíduo e sua família, que seja capaz de identificar a necessidade de explorar a natureza educativa e, indissociavelmente, a politicidade do cuidado.

De maneira geral, compreender a relação do DM e seus portadores é um tanto laborioso, pois, embora seja muito importante cumprir a terapêutica de medicamentos prescritos para alcançar o equilíbrio fisiológico, a principal atitude para o sucesso no manejo da patologia é a mudança de hábitos de vida. Esse comedimento de atitudes só é possível quando múltiplos fatores estão em consonância: a vontade do paciente em se cuidar, a aceitação de sua condição, a vivência de uma rotina que não supere a carga de ansiedade e estresse que cada um consegue suportar, estabilidade financeira, conformação familiar que ofereça suporte e participação em grupos de educação em saúde que promovam a motivação para o autocuidado; além da assistência farmacêutica garantida e o acesso direto ao sistema de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a Atenção Primária.

Portanto, são necessárias ações dos trabalhadores de saúde em prol desses indivíduos, abarcando os fatores supracitados, desde que seja possível interferir; e ações dos usuários, dentro das habilidades do autocuidado, tão necessário para um plano terapêutico prolongado. Essas duas práticas, de maneira conjunta, podem construir o acesso à saúde do portador de DM. Já que o direito à saúde é uma conquista coletiva, torna-se evidente que no plano legislativo e teórico, muitos avanços já foram visualizados, mas a efetivação *per si* ainda é deficitária.

As características da população estudada podem se apresentar como uma facilidade ou uma barreira ao acesso à saúde e, conseqüentemente, à legitimação de seus poderes. Destacam-se as variáveis escolaridade e renda da maioria desses colaboradores, que são pessoas simples, que não tiveram efetivo ingresso na vida escolar, que têm sua vida menos ativa e devido a essas particularidades, a habilidade diminuída de compreensão do grau de complexidade da doença e de seu tratamento e da abordagem enredada da legislação que lhes confere direitos se acomodam como uma dificuldade concreta, observada na ausência da investidura no tratamento em sua forma plena, como por exemplo, colocar em segundo plano

a prática de exercícios físicos regulares e os custos diretos no tratamento do DM, incluindo a dieta.

Foram identificados alguns obstáculos no tocante ao acesso à informação dessa temática, interferindo na concretização da mesma, pois se compreende que conhecer os direitos que assistem o portador de DM é o primeiro passo para que se lute por eles. O que ficou claro é que o pouco conhecimento implantado é inconsciente, ou seja, muitos sabem que têm direitos, mas reduzem à medicação o cumprimento das práticas de saúde e/ou não compreendem a totalidade da promoção da qualidade de vida em detrimento das atividades de monitorização glicêmica, participação de grupos de diabéticos, realização de acompanhamento com a enfermagem etc.

Outros relataram conhecer a temática, mas encontraram dificuldades em superar alguns entraves do sistema de saúde, especialmente os que são referentes à burocratização dos processos e falhas na distribuição de medicamentos e insumos no tratamento e controle do DM.

Sobre a lacuna causada pela falta dos recursos materiais do tratamento medicamentoso e para controle glicêmico, esta foi a principal causa apontada para a não efetivação do direito à saúde e que, comprovado pela literatura pertinente, é um ponto primordial, biologicamente falando, para o portador de DM. Portanto, há que se observar a destinação dos recursos para essa demanda, permitindo ao usuário um melhor conhecimento acerca da legislação na assistência farmacêutica e construir, junto a ele, uma transparência das competências de cada gestão, para que em nenhum momento ele se sinta desassistido e sem saber como resolver sua problemática; além disso, é fundamental que ele desperte um olhar diferenciado no exercício do controle social.

As demais dificuldades citadas pelos usuários se elencam em pontos bastante fragilizados do SUS, como demora no atendimento, falta de profissionais médicos que atendam às necessidades da população e a utilização de uma clínica fragmentada, dando preferência aos vários programas de assistência implantados na Atenção Primária. Nesse contexto, a direção das condutas das doenças crônicas não transmissíveis deveria ser reavaliada, para destinar uma parcela maior de atenção a esse grupo de usuários sem se ater somente às atividades exigidas pelos Sistemas de Informação, como é o caso do HIPERDIA.

No tocante à profissão da Enfermagem e o direito à saúde do portador de DM, o presente trabalho refere que as relações entre os usuários e estes trabalhadores em saúde ainda são interligadas por pontes muito tênues e que é preciso manter uma relação de permanente contato, através de espaços de escuta, dialética e reprogramação do cuidado de maneira

permanente, que modifique o comportamento, a partir de uma avaliação do que não funciona na prática.

Além da questão bioética do dever de informar ao usuário sobre seus direitos, a Enfermagem tem uma atuação muito ampla que poderia conduzir, tanto na assistência quanto na educação em saúde, a politização de seus pacientes, ou seja, fazê-los refletir sobre sua condição social e as relações que se entrelaçam, para melhorar o processo de saúde que vivenciam. É importante notar que essas ações não são unidirecionais, com o objetivo de encher uma tábula rasa de informações, mas de produzir conhecimento, aprendendo com o usuário e o associando sempre a um resultado que não fique só na teoria.

Escrever sobre esta temática foi um desafio pois, apesar das suas relevâncias política e social, não existe uma literatura ampla no que concerne legislação e saúde. As referências encontradas na área foram de grande valia, pois nortearam o pensamento e a construção desta pesquisa, mas não podem ser meramente repetidas. É preciso construir, através de um olhar de proximidade e de crítica da nossa realidade de organização dos serviços de saúde, uma nova práxis para as doenças crônicas não transmissíveis e produzir mais frutos científicos de pesquisas na área da saúde coletiva.

Outro ponto importante, porém que pode ter uma conotação limitante, pela corresponsabilidade de outros atores do processo, é ter dado atenção somente à opinião do usuário de saúde. Convidá-lo a participar da pesquisa foi, certamente, benéfico para que ele se questionasse como sabe lidar com o acesso ao SUS, levantando questões relevantes para avaliar a qualidade da assistência primária aos portadores de DM.

Uma sugestão para os próximos estudos que complementarão este trabalho podem abarcar as vocalizações dos atores sociais no processo de cuidar na Atenção Primária, através de buscas mais efetivas sobre o cumprimento do amparo constitucional e sobre valores reais relativos ao controle do DM.

A formação de um grupo permanente de natureza educativa e política poderia ser uma experiência ímpar, caso houvesse uma interligação extensionista das graduações alocadas na cidade para com a assistência primária, visto que a conscientização do cuidar perpassa as condições ambientais, políticas e econômicas da população, bem como a necessidade coletiva de investimento em cidadania, evitando novos e repetidos problemas devido à injustiça social no cumprimento negligenciado do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, vol. 4, n. 9, pag. 833-840, Out./ Nov. 2004. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>>.
- ARAÚJO, L. Z. S. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesquisa Odontologia Brasileira**. São Paulo, 17(Suppl 1): p. 57-63, Maio, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pob/v17s1/a09v17s1.pdf>>. Último acesso: 03.10.2012.
- ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; GONÇALVES, Ticiania da Cunha; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; CAETANO, Joselany Áfio. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery Rev Enfermagem** 14(2):361-367, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/20.pdf>>. Acesso em: 20.10.2012.
- ARAÚJO, P.D.S. **Complicações neuropáticas e classificação de risco para pé diabético em uma unidade básica de saúde no município de Cajazeiras – PB**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.
- BAHIA, Luciana. **Os custos do diabetes mellitus**. [data desconhecida]. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao-continuada/491-os-custos-do-diabetes-mellitus>> Acesso em: 1 de julho de 2012 às 12h00.
- BANDEIRA, F. et al. **Endocrinologia e diabetes**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2009.
- BARBOSA, Romero Bezerra; BARCELÓ, Alberto; MACHADO, Carlos Alberto. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, vol. 5, n. 10, 2001.
- BELLATO, Roseney et al. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: vol. 15, n. 2, Abr./Jun. 2006. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200019&lng=en&nrm=iso>.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, vol. 2, 1(3), p. 68-80, jan./jul. 2005.
- BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(2): 355-365, abr./jun. 1998.
- BRAKKER, Karel. **International Working Group on the Diabetic Foot**. [Site]. 2012. Disponível em: < <http://www.iwgdf.org>>. Acessado em: 02.05.2012

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta de direitos dos usuários de saúde**. Brasília: Ministério, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. **Avaliação da melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Caderno de avaliação n.2. Brasília, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ed. Ministério da Saúde, Brasília. 63 pgs. 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitorização da glicemia capilar aos portadores de diabetes mellitus inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 15 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. **Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002**. Referente à instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. vol. 1 p. 136-154.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância em saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CANELA, Guilherme (Coord.); NASCIMENTO, Solano (Coord.). **Acesso à informação e controle social das políticas públicas**. Artigo 19, 132 pag., Brasília, Distrito Federal: 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 183 f. ISBN 978-85-271-0681-8.

CASTRO, Amparrio del Rocio; GROSSI, Sonia Aurora Alves. Reutilização de seringas descartáveis no domicílio de crianças e adolescentes com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 41(2): 187-95, 2007.

CAZARINI, Roberta Prado et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, 35: 142-150, abr./jun., 2002.

COSTA, V. T. C.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo do cuidar em enfermagem. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, 15(1): 53-58, jan./mar., 2007.

COVRE-MANZINI, M.L. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

CURY, C.; DAIDONE, A.; TAVARES, F. **Direitos e diabetes**. [Site]. Departamento jurídico da Associação Nacional de Assistência ao Diabético, 2012. Disponível em: <<http://www.anad.org.br/Multiprofissionais/direitos.asp>> Último acesso: 04.05.2012.

DEMO, P. **Cidadania pequena**. Campinas: Editores Associados, 2001.

DIAS, Denise Gamio; SANTANA, Maria da Glória; SANTOS, Elodi. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 2, n. 52, pag. 168-171, mar./abr., 2006.

DURCO, Edinaldo Silva. **Protocolo de tratamento do paciente adulto jovem com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2304.pdf>>.

FACCHINI, A. U, et al. Desempenho do programa de saúde da família no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-682, 2006.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2008.

FERNANDES, M. T. O. **Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural**. 2007. 179f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

FREITAS, L.R.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], vol.21, n.1, p. 07-19, 2012. ISSN 1679-4974. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>>. Acesso em: 20.09.2012

GALLEGO, R., CALDEIRA, J. Complicações agudas da diabetes mellitus. **Rev Port Clin Geral**, São Paulo. v. 23, p.565-75, 2007.

GERCHMAN, Fernando. **Raça, etnia e as complicações do diabetes mellitus tipo 2**. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em ciências médicas: endocrinologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7184/000540477.pdf?sequence=1>>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lúcia; HASS, Vanderlei José. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 17, vol. 1, janeiro-fevereiro 2009.

GOMES, Marília de Brito. Panorama do diabetes tipo 1. [Editorial]. **Revista da SBD**, n. 3, vol. 19, pag. 8-9, jun. 2012.

GOMES, Marília de Brito; LERARIO, Antônio Carlos. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. 3 ed. Itaperi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2012 às 22h00.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C. **Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo, 2009.

GROSSI et al. Monitorização domiciliar da glicemia em pacientes com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 17(2), março-abril, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_09.pdf>.

GUIDONI, Camilo Molino et al. Assistência ao diabetes no sistema único de saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, vol. 45, n. 1, jan./mar. 2009.

HOCAYEN, Palloma de Almeida Soares; MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck. Tabagismo em pacientes diabéticos: predisposição às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. **Cinergis**, vol 11, n. 2, p. 19-25, jul./dez. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.: **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber, 2005.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 8, pag. 775-782, 2003.

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo – SP. v. 9, n. 2, p. 73-91, jul./out. 2008.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V. **Fundamentos da metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do ministério da saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n. 18 (Suplemento), pag. 163-171, 2002.

MINAYO, M.C.; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MORAIS, G.F.C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Revista de Enfermagem**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 17(2): 240 – 5, 2009.

MOYSÉS, Samuel Jorge (col.). **Atenção básica no sistema de saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde**. Pag. 103-111. São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):339-350, 2004.

PIMEZONI NETTO, Augusto. Controle glicêmico e risco cardiovascular. [Editorial]. **Revista da SBD**, vol. 19, n. 3, p. 10-11, jun. 2012.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. 41(1):101-7, fev, 2007.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Cienc. Cuid. Saúde**, vol.2, n. 10, pag. 248-255, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Editora Bagaço, 2005.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN**: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Brasília. OPAS, 2003.

OTERO, Liudmila Miyar; ZANETTI, Maria Lúcia; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], vol.15, p. 768-773, 2007. ISSN 0104-1169.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo

Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006.

PANAROTTO, Daniel et al. Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. vol. 53, n.6. São Paulo, agosto, 2009. ISSN 0004-2730. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n6/07.pdf>>.

PARAÍBA. **Lei n. 9596, de 16 de dezembro de 2011**. Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa, n. 14.818, p.1, 18 de novembro de 2011.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na estratégia de saúde na família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ. Recife, 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referencia emancipatória para a gestão de políticas de saúde**: conhecer como cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, 2004.

PORTAL DA SAUDE. Em um ano, acesso a medicamento gratuito cresce 875%. [data desconhecida]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/impressao/4274/162/em-um-ano-acesso-a-medicamento-gratuito-cresce-875.html>>.

PORTAL DA SAÚDE. Saúde não tem preço é tema do café com a presidenta. [13/02/12 às 16:35:10] Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4249/162/saude-nao-tem-preco-e-tema-do-cafe-com-a-presidenta.html>>.

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SAAVEDRA, Juan. **Pesquisa mostra ônus socioeconômico do diabetes**. [20 de fevereiro de 2009]. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/pontos-de-vista/568>> Acesso em: 30 de junho de 2012 às 20h00.

SANTOS, E. C. B. **Direitos dos usuários com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos benefícios na saúde**. 2009. 143f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos; TEIXEIRA, Carla Regina de Sousa; ZANETTI, Maria Lúcia; SANTOS, Manoel Antonio. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: corresponsabilidades entre poder público, profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis – SC. n.20, vol.3, pag. 261-270, jul./set. 2011.

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde no município

de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, vol. 3, n. 31, pag.:223-227, 2010. ISSN 1808-4532.

SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, 43(2):74-82, 2009.

SILVA, Flávia Moraes; MELLO, Vanessa Derenji Ferreira. Índice glicêmico e carga glicêmica no manejo do diabetes mellitus. **Revista HCPA**, vol. 2, n. 26, p. 73-81, 2006.

SILVA, J. R. S. Princípios de pesquisa na área de educação: análise de dados. **Botânica Online**, 2011. Disponível em <http://www.botanicaonline.com.br/geral/arquivos/www.botanicaonline.com.br_Silva2011_MetEdu>. Acesso em: (20.09.2012).

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 19. ed., São Paulo: Malheiros, 2001, p. 289-290.

SILVA, S.E.D. et al. Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**; 44(4): 1112 – 7, 2009.

SOUZA, Solange Andryeik de; FRANCO; Selma Cristina. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na rede básica em um município do sul do país: a visão do usuário. **Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 31, n. 75/76/77, p. 147-156. Rio de Janeiro, jan./dez. 2007. ISSN 0103-1104.

VILAR, L; ABDON, A. **Condutas em clínica médica**. 3ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2004.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.885-895, 2004.

ZANETTI, M.L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 61(2): p. 186 – 92, mar./abr. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Cor: Branco Pardo Amarelo Preto Indígena
4. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Separação Legal Viúvo(a) Outro
5. Filhos: Sim Não
6. Profissão: _____
7. Ocupação: _____
8. Escolaridade:
 Não alfabetizado Fundamental incompleto Fundamental completo
 Médio incompleto Médio completo Superior incompleto
 Superior completo Pós-graduação
9. Renda Familiar:
 Até um salário mínimo De 2 a 4 salários mínimos
 Mais de 4 salários-mínimos
10. Bebe? Sim Não Há quanto tempo? _____
11. Fuma? Sim Não Há quanto tempo? _____
12. Você possui algum plano de assistência médica? Sim Não
13. Você quem paga o plano? Sim Não
14. Iniciou o pagamento deste: antes do diabetes depois do diabetes

INFORMAÇÕES ACERCA DO DIABETES

15. Qual é seu tipo de diabetes?

Tipo 1 Tipo 2 Diabetes Gestacional Outros _____

16. Há quanto tempo descobriu o diabetes? _____

17. O diagnóstico foi realizado:

Na USF No Hospital Clínica Particular

18. Você fez exames para diagnosticar seu tipo de diabetes? Sim Não

19. Qual é o seu esquema de tratamento atual?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Metformina 850mg | <input type="checkbox"/> Insulina NPH |
| <input type="checkbox"/> Metformina 500mg | <input type="checkbox"/> Insulina Glargina (Lantus Solostar) |
| <input type="checkbox"/> Glibenclamida 5mg | <input type="checkbox"/> Insulina Asparte (Novorapid FlexPen) |
| <input type="checkbox"/> Gliclazida 30mg | <input type="checkbox"/> Dieta |
| <input type="checkbox"/> Glicazida 80mg | <input type="checkbox"/> Exercício Físico |
| <input type="checkbox"/> Ácido acetilsalicílico | |
| <input type="checkbox"/> Insulina Regular | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

20. Como adquire esses medicamentos?

- ESF Farmácia Básica Gerência Regional de Saúde
 Secretaria de Saúde Outras farmácias

21. Você faz o controle da glicemia? Sim Não

Se sim, Na ESF No hospital/clínica Em casa

22. Se em casa, como adquiriu o glicosímetro?

- Comprou Recebeu da Secretaria Municipal de Saúde
 Recebeu por ordem judicial Outros _____

23. Como adquire as fitas reagentes para glicemia?

- Compra Recebe da Secretaria Municipal de Saúde

Recibe por ordem judicial Outros _____

24. Há quanto tempo fez sua última consulta? _____ dias meses anos

25. Você teve/tem alguma complicação decorrente do diabetes? Sim Não

26. Se sim, sabe especificar o local?

Olhos

Membros inferiores

Rins

Pele

Trato urinário

Membros Superiores

Observações:

INFORMAÇÕES ACERCA DO CONHECIMENTO SOBRE OS DIREITOS DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

27. Quanto tempo demorou do início do diagnóstico até se consultar com clínico geral ou endocrinologista? Fale mais sobre isto.

28. Quais as informações que você tem sobre os direitos do diabético? Quem passou essas informações?

29. Procura ter acesso a esses direitos? De que forma?

30. Quais as dificuldades para ter esse acesso na UBS?

31. Quais as dificuldades para ter acesso aos medicamentos?

32. Quais as dificuldades para ter acesso aos insumos para tratamento e controle do diabetes?

33. Como tem sido o atendimento pelo enfermeiro do seu posto nas consultas de enfermagem e acompanhamento? Fale um pouco.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, residente na Rua _____, portador da Cédula de identidade _____ e inscrito no CPF/MF _____, nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), em pleno exercício dos meus direitos, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS:** do conhecimento ao exercício do direito à saúde”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir como se dá o acesso de portadores de Diabetes Mellitus aos seus direitos para efetivação do tratamento e controle da patologia;
- II) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- III) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
- IV) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- V) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, que se localiza na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – PB; ou ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de 2012.

() Paciente / () Responsável

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Enfermeira Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
COREN: 67246 PB

Telefone para contato: (83) 9311-3927

Endereço para contato: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N – Casas Populares.
Cajazeiras – PB.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MENORES DE 18 ANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde

Seu filho está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo, então leia atentamente e caso tenha dúvidas, vou esclarecê-las (se não souber ler, fique tranquilo(a) que leio para você). Se concordar, o documento será assinado e só então daremos início a pesquisa. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você, nem ao seu (sua) filho(a).

Eu, RG, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade que meu(minha) filho(a) nascido(a) em ____ / ____ / _____, seja voluntário do estudo “**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS:** do conhecimento ao exercício do direito à saúde”, esclareço que obtive todas informações necessárias e fui esclarecido(a) de todas as dúvidas apresentadas.

- I) Estou ciente que: O estudo se faz necessário para que se possam descobrir como se dá o acesso de portadores de Diabetes Mellitus aos seus direitos para efetivação do tratamento e controle da patologia;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, que se localiza na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – PB; ou ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de 2012.

Paciente / Responsável

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Enfermeira Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

COREN: 67246 PB

Telefone para contato: (83) 9311-3927

Endereço para contato: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N – Casas Populares.
Cajazeiras – PB.

Endereço eletrônico:

enfmonicapaulino@hotmail.com – Pesquisadora responsável

namilang@hotmail.com – Pesquisadora participante

ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA**SECRETARIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS****CNPJ: 05.325.381/0001-00****ENDEREÇO: RUA FELIZMINIO COELHO, 231 - CENTRO****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Pablo Leitão, Secretário de Saúde do Município de Cajazeiras – PB, estou ciente da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde**”, que será realizada em nível da atenção básica, na Unidade Básica de Saúde São José - PAPS, de abordagem qualitativa, desenvolvida pela aluna Namíbia Ferreira Rodrigues, do Curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras-PB, entre os meses de agosto a setembro de 2012, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Cajazeiras-PB, 04 de abril de 2012

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2012.

Profª Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Orientadora e Professora da UFCG campus V

Namíbia Ferreira Rodrigues
Orientanda e Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem – UFCG campus V

ANEXO E – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE ORÇAMENTÁRIA**Declaração de Responsabilidade do Orçamento da Pesquisa**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: do conhecimento ao exercício do direito à saúde**”, assumimos que os gastos referentes à realização dessa pesquisa serão de nossa total responsabilidade.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2012.

Autor (a) da Pesquisa
Maria Mônica Paulino do Nascimento

Orientando (a)
Namíbia Ferreira Rodrigues