



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

RAIMUNDA CLARA DA SILVA ARAÚJO

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE DIREITO À SAÚDE POR
USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS: PESQUISA DE
MÉTODOS MISTOS**

CUITÉ – PB

2021

RAIMUNDA CLARA DA SILVA ARAÚJO

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE DIREITO À SAÚDE POR
USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS: PESQUISA DE
MÉTODOS MISTOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG), como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Lidiane Lima de Andrade

CUITÉ – PB

2021

A658c

Araújo, Raimunda Clara da Silva.

Conhecimento e prática de direito à saúde por usuários com diabetes mellitus: pesquisa de métodos mistos. / Raimunda Clara da Silva Araújo. - Cuité, 2021.

41 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2021.

"Orientação: Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade".

Referências.

1. Diabetes mellitus. 2. Diabetes mellitus - direito à saúde. 3. Práticas em saúde. 4. Diabetes mellitus - usuários - direito à saúde. I. Andrade, Lidiane Lima de. II. Título.

CDU 616.379-008.64(043)

RAIMUNDA CLARA DA SILVA ARAÚJO

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE DIREITO À SAÚDE POR USUÁRIOS COM
DIABETES MELLITUS: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Raimunda Clara da Silva Araújo, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (campus Cuité), tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Lidiane Lima de Andrade
Orientadora UFCG/CES

Prof^ª. Ma. Carla Lidiane Jácome dos Santos
Membro examinador externo

Prof^ª. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Membro examinador UFCG/CES

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que conhece o meu interior e os desejos do meu coração. Obrigada *mainha* (Damiana Luzia da Silva Araújo), a quem eu carinhosamente chamo, aquela que me deu à luz e nunca mediu esforços para que eu alcançasse meus objetivos, sendo meu pai e mãe nesses vinte e três anos. É e foi tudo pela senhora. A ti dedico esse trabalho e diploma.

A todos os meus amigos (especialmente aqueles que me ajudaram nesse trabalho: Patrício Costa, Mariana Érica e Maria Nielly) e familiares que me ajudaram nessa árdua caminhada, seja com palavras ou financeiramente. Somente Deus é quem poderá retribuir. Em especial as minhas companheiras de quarto Carolina Fernandes e Joane Paloma, que dividem comigo a casa, quarto e sentimentos diários. Sem vocês com certeza seria mais difícil.

Agradeço do fundo do coração a minha orientadora e professora querida, Lidiane Lima de Andrade, por todos esses anos de companheirismo e parceria, desde o início da disciplina de Semiologia e Semiotécnica I, monitoria na qual fiz a seleção e passei orgulhosamente em primeiro lugar e que sinto tamanho carinho, até os dias de hoje. Obrigada por todos os ensinamentos teóricos, práticos e de vida e por ter tanta paciência em me orientar no melhor caminho da pesquisa desse estudo.

Meus sinceros agradecimentos também, a todos os professores que marcaram a minha história enquanto graduanda. Gratidão a todos os usuários da estratégia saúde da família que aceitaram participar dessa pesquisa e as equipes dessas unidades pela paciência e cuidado em mostrar casa por casa de seu território.

Obrigada aos membros da banca desse trabalho de conclusão de curso, por aceitarem o convite em fazer parte de mais uma etapa da minha vida acadêmica e por todas as vezes que me ensinaram além das disciplinas.

Por fim e não menos importante, obrigada Cuité. Terra que tantas vezes me acolheu e me deu morada, conforto e amor. Sou grata por cada segundo que passei nesse chão. “O que era impossível, agora já não é. É só uma questão de fé.”

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE DIREITO À SAÚDE POR USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores relacionados ao nível de utilização de direitos à saúde de usuários com DM e compreender o conhecimento e as práticas sobre direito à saúde por usuários que vivem com DM. **Métodos:** estudo de métodos mistos, do tipo convergente, com coleta de dados concomitante. **Resultados:** constatou-se relação entre o escore do nível de utilização de direitos à saúde de usuários com diabetes mellitus com renda familiar mensal ($p= 0,025$) e cor da pele autorreferida ($p= 0,032$). Ademais, construiu-se categorias para explicar o conhecimento dos direitos por usuários com DM. A classe 1 apontou a “dificuldade para acesso aos direitos por falta de conhecimento e de informações adequadas”. A classe 2 demonstrou “isenção do usuário na busca pelos direitos”, sendo corroborada pela classe 5, apontando o “reconhecimento dos direitos como uma ajuda complementar do governo”.

A classe 6 está relacionada a dificuldade no acesso aos direitos devido à burocratização dos serviços, sendo subdividida nas classes 3 e 4, que revelaram a “busca pelos direitos devido à necessidade pela questão financeira” e “busca pelos direitos por reconhecer como um dever do Estado”, respectivamente. **Conclusões:** os resultados confirmam que quanto mais vulnerável economicamente uma população, mais tendem a buscar pelos direitos como forma de suprir o que não podem adquirir através da compra. Além disso, fica evidente, a disparidade relacionada aos grupos étnicos e ao acesso aos direitos em saúde, em que pessoas autorreferidas pretas e pardas utilizam mais dos seus direitos, porém são expostas a frequentes barreiras burocráticas para seu alcance.

Descritores: Diabetes Mellitus; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Direito a Saúde.

ABSTRACT

Objective: to verify the factors related to the level of use of health rights of users with DM and to understand the knowledge and practices on the right to health by users living with DM. **Methods:** study of mixed methods, of the convergent type, with concomitant data collection. **Results:** there was a relationship between the score of the level of use of health rights of users with diabetes mellitus with monthly family income ($p= 0.025$) and self-reported skin color ($p= 0.032$). Furthermore, categories were built to explain the knowledge of rights by users with DM. Class 1 pointed to “difficulty in accessing rights due to lack of knowledge and adequate information”. Class 2 demonstrated “user exemption in the search for rights”, being corroborated by class 5, pointing to “recognition of rights as a complementary help from the government”. Class 6 is related to the difficulty in accessing rights due to the bureaucratization of services, being subdivided into classes 3 and 4, which revealed the “search for rights due to the need for the financial issue” and “search for rights by recognizing it as a duty of the State”, respectively. **Conclusions:** the results confirm that the more economically vulnerable a population, the more they tend to look for rights as a way to supply what they cannot acquire through purchases. In addition, the disparity related to ethnic groups and access to health rights is evident, in which self-reported black and brown people use more of their rights, but are exposed to frequent bureaucratic barriers to reach them.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Right to Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparações entre as variáveis socioeconômicas e o escore do nível de utilização de direitos à saúde de usuários com diabetes mellitus. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021. (n=206).....	15
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendrograma referente à distribuição das classes segundo a classificação hierárquica descendente em relação à utilização de direitos à saúde de usuários com diabetes mellitus. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021.....	17
Figura 2 - Análise Fatorial de Correspondência com destaque para a relação entre as classes e as variáveis de exposição. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC – Análise Fatorial por Correspondência

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DM – Diabetes Mellitus

ELSA-Brasil – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRAMUTEC – software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelle de Textes et de Questionnaires

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

SPSS – IBM Statistical Package for the Social Sciences

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVO	13
MÉTODOS	13
Aspectos éticos	13
Desenho, período e local do estudo	13
População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão	14
Coleta e organização dos dados	14
Análise dos dados	15
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	19
Limitações do estudo.....	22
Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública	23
CONCLUSÕES	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	28
APÊNDICES	36

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças que mais afeta a população mundial em todos os estágios de desenvolvimento e se configura como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, sendo comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação ou secreção da insulina. Suas complicações causam elevada morbimortalidade, o que gera para os sistemas de saúde, elevado custo. Dessa forma, a saúde pública tem papel importante no gerenciamento da doença de maneira adequada com o objetivo de prevenir danos ao paciente¹. VALE, 2018

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual para a manutenção do cuidado a esta doença é oneroso, em função dos gastos agregados com medicamentos e insumos, o que contribui para o empobrecimento das famílias². SANTOS, 2018

Os Estados Unidos é um exemplo de país onde não há um sistema único de saúde como no Brasil, o que permitiu a visualização de gastos nacionais em 2017, sendo 18% do valor do produto interno bruto, e 6% deste, atribuído a condições crônicas, como o DM, o que influenciou no estado de saúde, aspecto social e econômico dos indivíduos³. SAULSBERRY; PEEK; 2019

A garantia do direito ao cidadão em relação a sua saúde, deve ter como base o acesso integral no que diz respeito à assistência farmacêutica, o que envolve desde a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, até as relações de medicamentos instituídas pelos gestores federal, estadual e municipal, bem como a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar. ⁴. SIMONE; MELO; 2019

Diante do exposto, cabe ressaltar que o direito à saúde é concedido por meio da Constituição Federal de 1988. A lei 11.347/06 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos⁶. BRASIL, 2006 Já a Lei 13.895/19, institui a política nacional de prevenção do diabetes e de assistência integral à pessoa diabética que constitui a realização de campanhas de divulgação e conscientização sobre a importância e a necessidade de medir regularmente os níveis glicêmicos e de controlá-los⁷. BRASIL, 2019

No entanto, a maior parte dos usuários que convivem com a doença, desconhecem tais direitos, e conseqüentemente os recursos disponíveis pelos serviços de saúde. Este fato, muitas vezes leva a atitudes não racionais, como rotinas de administração de medicamentos, práticas domiciliares e uso de insumos de maneira não adequada, o que pode gerar mais gastos e condutas no manejo da doença de forma errada, desencadeando complicações⁵. SOUZA *et al.*, 2018

Portanto, reconhecendo que o conhecimento e a prática são ferramentas fundamentais na participação social enquanto diretriz constitucional do SUS, o que irá contribuir para uma maior motivação na busca pelos seus direitos enquanto cidadãos e utilizadores de um serviço público de saúde, elencaram-se as seguintes questões de pesquisa: quais os fatores relacionados ao nível de utilização de direito à saúde em usuários que vivem com DM? Qual o conhecimento sobre a utilização de direito à saúde por usuários que vivem com DM?

Diante do contexto apresentado, compreende-se a necessidade de desafiar diferentes abordagens de investigação e possibilitar aproximação de resposta adequada aos questionamentos investigados. Emergindo, portanto, a fusão das abordagens no desenvolvimento de pesquisas pelo método misto. Para tanto, compreender por meio de distintos métodos de investigação, as nuances que perpassam a utilização de direito à saúde por usuários com DM, constitui-se em uma questão complexa, justificando-se a necessidade do desenvolvimento desta pesquisa, com vistas a contribuir para essa população, para um cuidado mais qualificado, para o direcionamento de políticas públicas e para a comunidade científica da área.

OBJETIVO

Verificar os fatores relacionados ao nível de utilização de direitos à saúde de usuários com DM e compreender o conhecimento e as práticas sobre direito à saúde por usuários que vivem com DM.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi norteado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos no Brasil. Recebendo a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, parecer número: 3.854.222. CAAE: 26956819.6.0000.5182. Na realização da coleta de dados, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local do estudo

Estudo de métodos mistos, do tipo convergente, com coleta de dados concomitante, portanto, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados ao mesmo tempo, havendo ênfase igual a ambos os conjuntos de dados. Quantitativos e qualitativos.⁸ SANTOS et al., 2017 Foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento transversal, analítico, exploratório, e uma investigação qualitativa orientada por meio da técnica de análise de conteúdo temática⁹. BARDIN, 2016

O cenário demográfico adotado para o desenvolvimento da pesquisa, foi a Atenção Primária em Saúde do município de Cuité, Paraíba, Brasil. Cujo o levantamento dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2020 a abril de 2021.

Por se tratar de uma pesquisa de métodos mistos, foram utilizadas de forma simultânea no percurso metodológico as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) e do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população consistiu em usuários acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município lócus da pesquisa. Como critérios de eleição, incluíram-se usuários diagnosticados com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, com idade superior a 18 anos; e, excluíram-se aqueles com déficit de atenção e/ou dificuldade para responder às perguntas, conforme registros de enfermagem contidos nos prontuários dos pacientes.

Para se conhecer o número dos pacientes com DM tipo 1 e tipo 2, foi solicitada informação junto à secretaria municipal de saúde do município, que consultou relatório de cadastro individual, obtido por meio do e-SUS e e-SUS PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), apontando o total de 439 usuários nas principais unidades de saúde da cidade. Para o cálculo amostral foi considerado o modelo de amostragem probabilística, considerando o nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção mínima esperada de 50%, obtendo-se número amostral de 206, por meio do programa de domínio público *OpenEpi*, versão 3.01.

Coleta e organização dos dados

Para a operacionalização e instrumentalização das coletas de dados, foi construído um instrumento, subdividido em duas partes; a primeira, contendo dados socioeconômicos, dados clínicos e hábitos comportamentais; e a segunda, contendo dados para mensurar o nível da utilização de direitos dos usuários com DM. Este último foi elaborado com base em uma revisão na legislação vigente, considerando aspectos presentes na Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde¹⁰ BRASIL, 2011; na Lei nº 11.347/2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos⁶ BRASIL, 2006, na Portaria nº 2.583/2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006; e na Portaria nº 19/2019, que incorpora a insulina análoga de ação prolongada no âmbito do Sistema Único de Saúde. Destaca-se que se utilizou essa estratégia devido a inexistência de formulários acurados para a mensuração em questão^{11, 12} BRASIL, 2007; BRASIL, 2019

É oportuno salientar que após a sua construção, o mesmo passou por uma avaliação junto a quatro especialistas na área de DM, obtendo um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,80. Este método mensurou a porcentagem de juízes que estavam em concordância sobre a pertinência do instrumento e de seus itens. Após esse processo, também se realizou um teste piloto para uma nova calibração do instrumento de coleta de dados.

A versão final do instrumento de coleta de dados continha quatorze questões, distribuídas em três pilares: acesso à informação, assistência terapêutica, medicamentos (orais e insulina) e insumos. As respostas estavam distribuídas numa escala de *likert* que variava de zero a quatro (0-nunca, 1-quase nunca, 2-às vezes, 3-quase sempre e 4-sempre). Portanto, o escore do nível de utilização de direitos dos usuários com DM tinha pontuação mínima de zero e máxima 56. Também foi realizada uma pergunta norteadora: o que você sabe sobre seus direitos enquanto pessoa que vive com DM e como você os utiliza?

Análise dos dados

Na análise quantitativa, considerou-se como desfecho o escore do nível de utilização de direitos dos usuários com DM. As variáveis de exposição foram: sexo, faixa etária, situação conjugal, atividade de remuneração, anos de estudo, renda familiar, cor da pele autorreferida e religião.

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, média e desvio padrão para as variáveis numéricas. Na análise bivariada, o escore do nível de práticas de utilização de direitos foi submetido ao teste de *Shapiro Wilk*, para verificação da normalidade dos dados. A partir do resultado de distribuição assimétrica, a mediana e os quartis 25 e 75 foram utilizados como medida de tendência central e dispersão, e as comparações entre variáveis quantitativas e categóricas se deram por meio do teste *U de Mann-Whitney*. Considerou-se variáveis com a significância estatística de $p < 0,005$, destacando-se que os dados foram processados através do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 22.0

Na análise qualitativa, utilizou-se, como ferramenta para auxílio na exploração dos dados, o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelle de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ®)*, versão 0.7 alpha 2. Utilizou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert, cujos textos são classificados em função dos seus vocabulários, e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas¹³. CAMARGO; JUSTO; 2018

O agrupamento quanto às ocorrências das palavras, por meio da CHD criou o dendograma das classes, demonstrando a ligação entre elas. Consideraram-se relevantes as palavras com

frequência igual ou maior que a frequência média registrada (três) e valor de p com significância < 0,005, para as associações com a classe, por meio do qui-quadrado (X^2).

Após o processamento dos dados, iniciou-se a análise das classes fornecidas pelo IRAMUTEQ[®], na qual os segmentos de texto que compõem cada classe foram lidos exaustivamente para sua compreensão e nomenclatura. Nesse processo, considerou-se análise de conteúdo temática, caracterizada por três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados e interpretação⁹. BARDIN, 2016

Também foi possível realizar a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), que permitiu, por meio de gráficos, visualizar a proximidade das palavras e das classes com base na CHD, considerando as representações no plano cartesiano, sendo outra forma de visualizar os conteúdos e as relações entre as classes⁵. SOUZA et al., 2018 A interpretação ocorreu pela distribuição da proximidade entre as variáveis de exposição com as classes.

RESULTADOS

Verificaram-se na amostra pesquisada (n=206), predominância de 122 (59%) usuários com idade ≥ 60 anos, DM tipo 2 171 (83,0%), sexo feminino 128 (62,1%), casado/união estável 108 (52,4%), desempregado/aposentado 158 (76,7%), ≤ 8 anos de estudo 168 (81,6%), renda ≤ 2 salários mínimos 145 (70,4%), e cor preta/parda 130 (63,1%).

Na Tabela 1 é demonstrada a comparação entre as variáveis socioeconômicas e o escore do nível de utilização de direitos à saúde de usuários com DM. Verificou-se relação entre o escore do nível de utilização de direitos à saúde de usuários com DM com renda familiar mensal e cor da pele autorreferida.

Tabela 1 - Comparações entre as variáveis socioeconômicas e o escore do nível de utilização de direitos à saúde de usuários com diabetes mellitus. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021. (n=206)

Variáveis	n (%)	Escore do nível de utilização dos direitos	
		Mediana (Q ₂₅ -Q ₇₅)	p-valor
Sexo			0,766*
Feminino	128 (62,1)	23,0 (18,2-28,0)	
Masculino	78 (37,9)	24,0 (18,0-29,0)	
Faixa etária			0,797*
< 60 anos	84 (40,8)	23,0 (16,5-30,7)	
≥ 60 anos	122 (59,2)	24,0 (19,0-28,0)	
Situação conjugal			0,144*

Casado/União estável	108 (52,4)	23,0 (18,0-27,0)	
Solteiro/Divorciado/Viúvo	98 (47,6)	25,0 (18,7-29,2)	
Atividade de remuneração			0,906*
Desempregado/Aposentado	158 (76,7)	24,0 (19,0-28,0)	
Trabalhador ativo	48 (23,3)	23,0 (16,0-31,0)	
Anos de estudo			0,146*
≤ 8 anos	168 (81,6)	24,0 (19,0-28,7)	
> 8 anos	38 (18,4)	21,5 (16,0-26,0)	
Renda familiar mensal			0,025*
≤ 2 salários mínimos	145 (70,4)	25,0 (19,5-29,0)	
> 2 salários mínimos	61 (29,6)	22,0 (12,0-27,0)	
Cor da pele autorreferida			0,032*
Branco	76 (36,9)	22,0 (12,2-27,0)	
Pretos/Pardos	130 (63,1)	24,0 (20,7-29,0)	
Religião			0,253*
Cristãos	190 (92,2)	23,0 (18,0-28,0)	
Não tem/Ateus	16 (7,8)	24,5 (21,0-33,0)	

Nota: * *Teste U de Mann-Whitney*

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

No estudo qualitativo, verificou-se durante o processamento dos dados, que o IRAMUTEQ® reconheceu a separação do corpus em 205 unidades de texto, aproveitaram-se 183 segmentos de texto, de um total de 221, inferindo-se que 82,81% do *corpus* foi utilizado para a análise. A CHD, por meio do cruzamento de segmentos de texto e palavras, apontou seis classes, conforme o dendrograma apresentado na Figura 1.

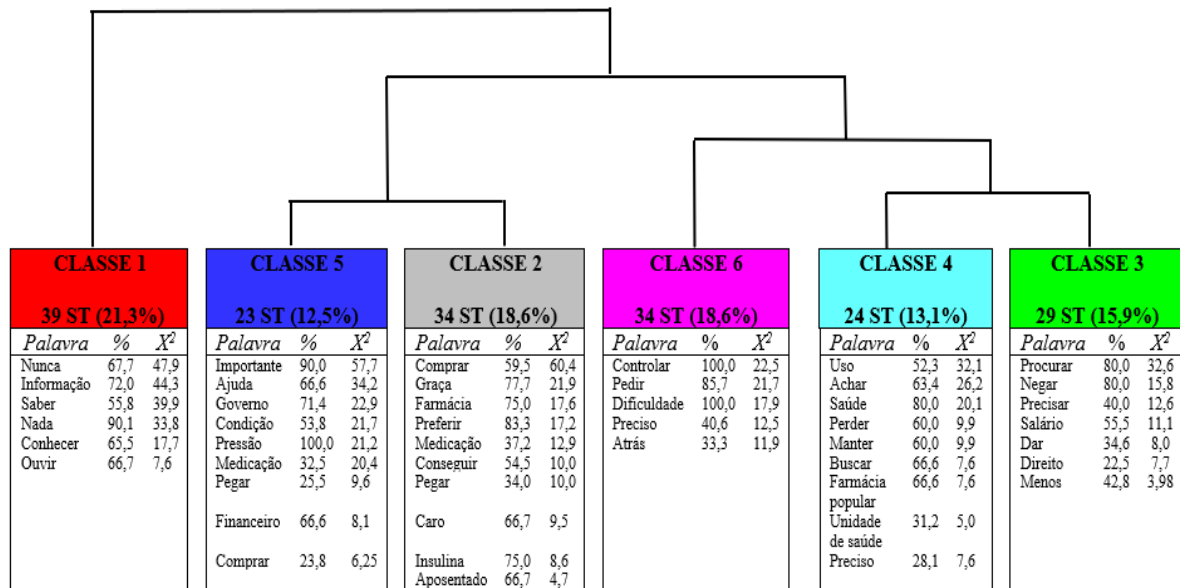


Figura 1 - Dendrograma referente à distribuição das classes segundo a classificação hierárquica descendente em relação à utilização de direitos à saúde de usuários com diabetes mellitus. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021.

Foi possível construir categorias para explicar o conhecimento e as práticas de direitos por usuários com DM. A classe 1 apontou a “dificuldade para acesso aos direitos por falta de conhecimento e de informações adequadas”. A classe 2 demonstrou “isenção do usuário na busca pelos direitos”, sendo corroborada pela classe 5, apontando o “reconhecimento dos direitos como uma ajuda complementar do governo”.

A classe 6 está relacionada a dificuldade no acesso aos direitos devido à burocratização dos serviços, sendo subdividida nas classes 3 e 4, que revelaram a “busca pelos direitos devido à necessidade pela questão financeira” e “busca pelos direitos por reconhecer como um dever do Estado”, respectivamente.

Na Figura 2, infere-se que usuários com cor de pele autorreferida preta/parda estiveram associadas à classe 6, usuários com renda de até dois salários mínimos estiveram associadas à classe 3. E os usuários com cor de pele autorreferida branca e renda acima de 2 salários mínimos estiveram associadas com a classe 5, o que sugere uma combinação entre os dados quantitativos e qualitativos.

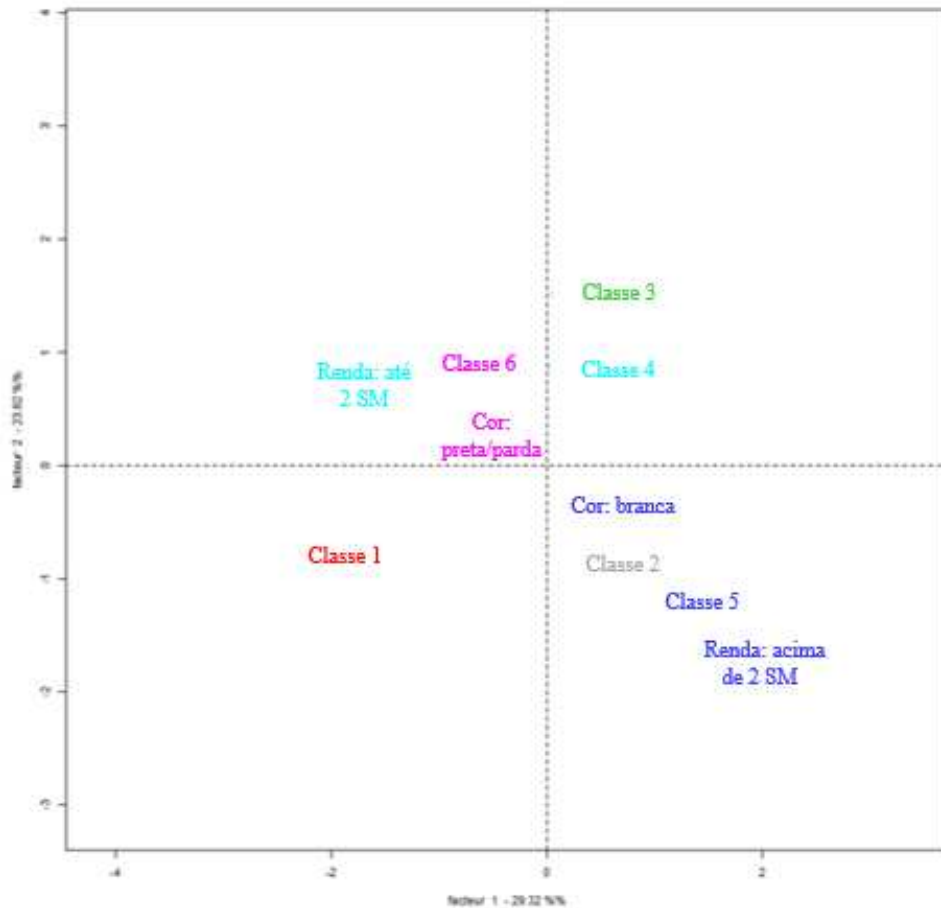


Figura 2 - Análise Fatorial de Correspondência com destaque para a relação entre as classes e as variáveis de exposição. Cuité, PB, Brasil, 2020-2021.

DISCUSSÃO

Os dados socioeconômicos e clínicos dessa pesquisa apresentam similaridade com outros estudos desenvolvidos em território nacional, no qual a alta prevalência do DM tipo 2 estava intimamente relacionada ao envelhecimento da população e ao seu padrão de estilo de vida adotado ao longo do tempo^{14,15}. FARINHA et al., 2020; SILVA et al., 2021

Sabe-se que o processo de envelhecimento resulta em transformações biopsicossociais no indivíduo, no qual seu organismo torna-se mais vulnerável, menos adaptativo e com baixa eficácia de suas funções, podendo interferir na ingestão, absorção e utilização da glicose pelos tecidos. Além disso, a faixa etária idosa guarda uma maior prevalência a comportamentos de risco para o diabetes, como sedentarismo, má alimentação e maior associação de multimorbidades, os quais podem favorecer o desenvolvimento da doença^{16,17}. ROEDIGER et al., 2018; LIMA et al., 2020

Corroborando outros estudos desenvolvidos no Piauí e Recife, respectivamente^{18, 15}. LUZ et al., 2019; SILVA et al., 2021, evidencia-se uma baixa renda familiar entre os participantes da pesquisa. A

hipossuficiência financeira da pessoa que vive com DM pode comprometer diretamente o controle e manutenção do seu tratamento¹⁹. TREVIZANI *et al.*, 2019. Nessa premissa, ressalta-se que o Estado tem como dever a garantia do acesso aos medicamentos, e de modo mais importante a proteção da saúde da pessoa que vive com diabetes, garantindo assim a disponibilidade de recursos que permitam o desenvolvimento das medidas terapêuticas de maneira íntegra e adequada. ^{20,5} MEINERS *et al.*, 2017; SOUZA, 2018.

Em complemento, estudo de base populacional desenvolvido no território brasileiro, ressalta, que, a busca pelos direitos em saúde foi predominante em populações de baixo nível econômico e sem cobertura de planos privados de saúde. No qual se infere que o financiamento da assistência farmacêutica contribui significativamente para a equidade no acesso à saúde e a adesão terapêutica ao tratamento da população que vive com diabetes²⁰. MEINERS, *et al.*, 2017

A pesquisa em tela, apresenta relação entre a cor da pele autorreferida, renda familiar e a utilização dos direitos enquanto diabéticos. Isso pode ser confirmado pois, a maioria dos participantes tinham dificuldades financeiras que refletiam na obtenção dos medicamentos e insumos a partir da utilização dos direitos pelo SUS. Recebendo esses insumos de forma gratuita. Sendo assim, a compra através das farmácias privadas não ocorria.

Concomitante a isso, a cor da pele autorreferida (pretos/pardos) apresentou relação com a maior utilização dos direitos. Uma pesquisa realizada com participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) identificou que os participantes de raça/cor da pele preta ou parda tinham mais chances de ter um controle glicêmico inadequado²¹. MORAES, 2020. Outro estudo realizado no México, apontou que pessoas de pele clara tinham um maior nível socioeconômico advindo das riquezas familiares e maiores chances de adquirir e manter seu poder aquisitivo, quando comparado a pessoas de pele preta/parda²². CAMPOS-VAZQUEZ, 2018

Ao longo da série histórica e regionalmente, a população branca obtém vantagem também no tocante aos rendimentos do trabalho. Esse quesito é fundamental na medida em que compõe importante fonte de renda para a aquisição de bens e serviços e para o padrão de consumo alcançado pelos indivíduos e suas famílias. Em 2018, o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas²³. IBGE, 2019

Isso se dá devido a um histórico de discriminação racial que se perpetua, cuja discriminação por cor está fortemente presente no mercado de trabalho, uma vez que pessoas pretas/pardas possuem menos oportunidade de trabalho qualificado, sendo necessário assim, recorrer a serviços de saúde públicos para poderem adquirir os insumos necessários para o tratamento²². CAMPOS-VAZQUEZ, 2018

Embora o Brasil seja um país composto por uma população miscigenada e heterogênea, o estigma racial persiste e pode afetar negativamente o acesso aos direitos sociais e em saúde,

tornando-se uma barreira potencial para uma assistência adequada e integral. Conforme elucidado no estudo realizado em território nacional, no qual a população negra apresentou maior prevalência na dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde nos mais diversos níveis de complexidade e especialidades, quando comparado aos demais grupos étnicos avaliados²⁴. DANTAS *et al.*, 2021

Um estudo realizado em São Paulo, observou que pessoas de pele preta, relataram episódios de racismo principalmente por parte da equipe médica e da equipe de enfermagem, esse racismo institucional compromete o acesso aos serviços de saúde, com grande potencial de gerar prejuízo ao atendimento e qualidade da assistência²⁵. LUDOVICO, 2020

Ademais, uma das principais causas de desigualdade atrelada as baixas condições socioeconômicas que está relacionada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, é a segregação racial, uma vez que historicamente, há uma disparidade na distribuição geográfica, onde a população negra reside em bairros periféricos, nos quais os ambientes são precários, com baixas disponibilidades de serviços básicos como, saneamento, equipamentos de saúde, prejudicando os níveis de acesso à educação, emprego, oportunidades e principalmente a serviços de saúde²⁶. PEREIRA, 2020

No presente estudo, pode-se observar que a dificuldade no acesso aos direitos devido à burocratização dos serviços, destacada na classe 6, esteve associada principalmente aos participantes de cor de pele autorreferida preta/parda. Tais dados convergem com estudos anteriores que demonstraram uma expressiva disparidade no que diz respeito aos grupos étnicos e ao acesso aos serviços e direitos em saúde, reafirmando a vulnerabilidade da população negra e a necessidade de políticas públicas específicas voltadas para a integralidade da assistência a esse segmento populacional^{27, 28}. DE *et al.*, 2019; DE, 2020

Além disso, por diversas vezes, a inobservância da sistematização da assistência em saúde contribui significativamente para a burocratização do acesso aos direitos dos usuários que vivem com DM, a qual acaba por dificultar o acesso aos medicamentos e insumos para seu tratamento, consequentemente prejudicando a manutenção do seu autocuidado e controle dos parâmetros glicêmicos²⁰. MEINERS 2017

Foi possível observar ainda, que a dificuldade para acesso aos direitos em saúde, esteve associada a falta de conhecimento e de informações adequadas pelos usuários. Apesar dos avanços legalmente alcançados pelas políticas públicas, a ausência de conhecimento no domínio dos direitos é percebida na maioria das pessoas diabéticas nos serviços de saúde. Os usuários utilizam os benefícios contemplados pela legislação, ainda que de modo não intencional. Neste sentido, parece haver déficit de acesso ou de compreensão das informações neste âmbito. O qual acaba por

comprometer o acesso amplo e integral aos direitos em saúde, bem como a longitudinalidade do cuidado.²⁹ MORAIS, 2016.

Além disso, um estudo realizado na Etiópia, observou que quanto maior o nível econômico maior também é o nível de conhecimento sobre a disfunção metabólica, refletindo de forma positiva na adesão a terapêutica proposta³⁰. ALEMAYEHU, 2020, indo de forma contraposta aos dados expostos neste estudo, cujos usuários que tinham renda de até dois salários mínimos tinham o conhecimento de que a busca pelos direitos se dava devido à necessidade econômica, uma visão de que os direitos relacionados a saúde das pessoas com DM são destinados pelo governo para aqueles com menor aquisição financeira, como uma ajuda complementar, ação solidária ou de generosidade, conforme elucidado na classe 5.

Diante disso, sabendo-se que as doenças crônicas, como o DM, acomete de maneira desproporcional a população mais carente, que é mais propensa a enfrentar dificuldades com o acesso ao atendimento e vulnerabilidades socioeconômicas, o financiamento da assistência farmacêutica é extremamente importante para a equidade no acesso à saúde para a população, visto que, tem competência para contribuir nas intervenções, atendendo às necessidades dos pacientes com diabetes em sua singularidade³. SAULSBERRY *et al.*, 2019

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontou que as despesas com medicamentos e insumos pelas famílias brasileiras são os principais componentes dos gastos com saúde, sendo maior entre as famílias de baixa renda. Um estudo brasileiro revelou que grande parte dos indivíduos com DM adquirem seus medicamentos hipoglicemiantes gratuitamente, através dos serviços públicos de saúde, sendo a maior parte desses usuários indivíduos com baixo nível econômico, convergindo assim com os achados do presente estudo²⁰. MEINERS *et al.*, 2017.

Tendo em vista que, apesar dos avanços nas políticas e ações públicas voltadas para atender as demandas dos usuários na saúde integral, ainda é notório que o SUS enfrenta vários desafios para atender as necessidades dos usuários com DM. Nesse contexto, é comum a indisponibilidade de medicamentos ou materiais e insumos, o que resulta na busca pelo direito à saúde. Diante disso, essa busca árdua pela acessibilidade à saúde, revela um crescimento contínuo do número de ações judiciais, que pode ser justificada pela falha no descumprimento das ações de equidade propostas pelo SUS². SANTOS *et al.*, 2018

Limitações do estudo

Considera-se como limitação deste estudo, aspectos metodológicos relacionados ao delineamento transversal selecionado para compor o método da investigação, o qual avalia apenas relação entre as variáveis, em um determinado momento do tempo, impossibilitando o

estabelecimento da relação de causa e efeito e longitudinalidade da análise dos dados. Outro ponto a ser destacado é o possível viés de causalidade reversa, na relação entre exposição e desfecho.

Por fim, evidencia-se a incipiência de instrumentos validados na literatura científica capazes de mensurar as práticas de direito à saúde em usuários que vivem com diabetes, optando-se pela elaboração de um instrumento próprio pelos autores. Ainda assim, essa escala elaborada apresentou um bom IVC, mostrando-se eficaz para o alcance dos objetivos propostos.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Através da investigação por meio dos métodos mistos, é possível obter uma visão mais ampliada no que diz respeito aos direitos à saúde. Essa abordagem torna o meio pesquisado, mais fluído e dinâmico tendo em vista que não são apenas dados numéricos, mas também sensações e sentimentos que, quando entendidos, agregam de maneira leve e satisfatória, o desenrolar da pesquisa.

Ao considerar a inexistência de instrumentos capazes de mensurar o conhecimento e prática dos direitos em saúde por indivíduos que vivem com o diabetes, e o escasso número de produções sobre a temática, o presente estudo contribui para uma melhor compreensão sobre a relação dos indivíduos no que diz respeito ao conhecimento e execução dos seus direitos, fornecendo dados científicos que evidenciam a importância de investigar de forma ampla a influência desses direitos sob a qualidade de saúde e condução terapêutica do diabetes.

Nesse sentido, faz-se necessário a elaboração de instrumentos metodológicos, como escalas de mensuração, visto que, tais instrumentos são de grande aplicabilidade e extremamente relevante nas decisões sobre o cuidado, tratamento, intervenções e na elaboração de programas de saúde e de políticas institucionais. Além disso, destaca-se a necessidade da equipe de enfermagem em reconhecer, respeitar e informar esses usuários para que assim seja feita uma assistência qualificada e humanitária, sendo imprescindível uma postura mais autônoma por parte dos pacientes, como forma de assegurar seus direitos.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados confirmam que quanto mais vulnerável economicamente uma população, mais tendem a buscar pelos direitos como forma de suprir o que não podem adquirir através da compra. Além disso, fica evidente, a disparidade relacionada aos grupos étnicos e ao acesso aos direitos em saúde, em que pessoas autorreferidas pretas e pardas utilizam mais dos seus direitos, porém são expostas a frequentes barreiras burocráticas para seu alcance. Reafirmando o estigma social e a vulnerabilidade ainda sobreposta a população negra no acesso aos serviços de saúde.

Ademais, observou-se a fragilidade associada ao conhecimento dos indivíduos sobre o significado e amplitude dos direitos em saúde para população que vive com diabetes, sendo estes reconhecidos pelos usuários unicamente como uma ajuda ou auxílio complementar ofertado pelo governo. Descaracterizando o real dever do Estado, no que diz respeito a equidade e garantia de recursos que permitam o desenvolvimento de medidas terapêuticas de maneira íntegra e adequada.

REFERÊNCIAS

1. Vale, BT. Diabetes Mellitus um problema de saúde pública. *Rev. Saúde em Foco*. 2018; 09:779-783. São Paulo, [Internet]. 2018 [cited 2021 Ago 3]. Available from: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/088_DIABETES_MELLITUS_UM_PROBLEMA_DE_SA%C3%9ADE.pdf.
2. Santos ECB, Texeira CRS, Zenetti ML, Istilli PT, Pereira LHTR, Torquato MTGC. [Health judicialization: Access to treatment for users with diabetes mellitus]. *Texto contexto enferm*. 2018; 27(1): e0800016. doi: 10.1590/0104-070720180000800016 English.
3. Saulsberry L, Peek M. [Financing diabetes care in the US health system: payment innovations for addressing the medical and social determinants of health]. *Current diabetes reports*. 2019; 19(11):1-8. doi: 10.1007/s11892-019-1275-6 English.
4. Simone ALM, Melo DO. [Economic impact of lawsuits for drug supply in the State of São Paulo]. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2019; 8 (3): 60-69. doi:10.17566/ciads.v8i3.565 English.
5. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. [The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research]. *Rev Esc de Enferm USP*. 2018; 52:e03353. doi:10.1590/S1980-220X2017015003353 English.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 11.347/06. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília: MS; [Internet]. 2006 [cited 2021 Ago 3]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111347.htm.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 13.895/19. Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. Brasília: MS; [Internet]. 2019 [cited 2021 Ago 3]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13895.htm.
8. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. [Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research]. *Texto contexto - enferm*. 2017;26(3): e1590016. doi: 10.1590/0104-07072017001590016 English.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
10. BRASIL. Carta dos direitos dos usuários da saúde/Ministério da Saúde. Brasília: MS; [Internet]. 2011 [acesso 2021 Ago 3]. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583/2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília: MS; [Internet]. 2007 [cited 2021 Ago 3]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 19/2019. Torna pública a decisão de incorporar insulina análoga de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS; [Internet]. 2019 [cited 2021 Set 4]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69182847.

13. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2018 [cited 2021 mar 29]. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
14. Farinha FT, Oliveira BND, Santos SFC, Souza WR, Razera APR, Trettene AS. Atividades de autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2: estudo transversal. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2020; 28:e52728. doi:<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.52728>.
15. Silva ALD, Neves ELF, Lucena JGS, Oliveira Neta MS, Azevedo TF, Nunes WB, et al. [Contact time in educational interventions and self-care of individuals with diabetes mellitus]. *Cogitare enferm*. 2021; 26. doi: 10.5380/ce.v26i0.72588 English.
16. Roediger MDA, Marucci, MDFN, Gobbo LA, Dourado DAQS, Santos JLF, Duarte YADO, Lebrão ML. [Reported diabetes mellitus: incidence and determinants in cohort of community dwelling elderly people in São Paulo City, Brazil: SABE study, health, wellness and aging]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(11):3913-3922. doi: 10.1590/1413-812320182311.13062016 English.
17. Lima APD, Benedetti TRB, Rech CR, Cardoso FB, Portella, MR. [Knowledge and attitude towards type 2 diabetes among older adults: a population-based study]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(2):729-740. doi: 10.1590/1413-81232020252.14662018 English.
18. Luz GOA, Alves DDA, Costa HKS, Silva Filho JC, Stratmann PF, Souza, MAO, et al. Associação entre o letramento funcional em saúde e o autocuidado com o diabetes mellitus. *Cogitare enferm*. 2019. doi: 10.5380/ce.v24i0.66452.
19. Trevisani FA, Doreto DT, Lima GS, Marques S. [Self-care activities, sociodemographic variables, treatment and depressive symptoms among older adults with Diabetes Mellitus]. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):22-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0579> English.
20. Meiners MMMDA., Tavares NUL, Guimarães LSP, Bertoldi AD, Pizzol TDS, Luiza VL,Merchan-Hamann E. [Access and adherence to medication among people with diabetes in Brazil: evidences from PNAUM]. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017; 20:445-459. doi:10.1590/1980-5497201700030008 English.
21. Moraes HABD, Mengue SS, Molina MDCB, Cade NV. [Factors associated with glycemic control in a sample of individuals with Diabetes Mellitus taken from the Longitudinal Study of Adult Health, Brazil, 2008-2010]. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29(3):e2018500. doi:10.5123/S1679-49742020000300017 English
22. Campos-Vazquez RM, Medina-Cortina EM. [Skin Color and Social Mobility: Evidence From Mexico]. *Demography*. 2018; 56 (1): 321–343. doi: 10.1007/s13524-018-0734-z English.
23. IBGE. Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 29]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
24. Dantas MP, Santos JL, Araújo PA, Vieira BR, Oliveira AT. Peles pretas importam: Um manifesto em prol da abordagem de afecções dermatológicas em pele negra. *Revista Extensão & Sociedade* [Internet]. 2021 [cited 2021 Set 2021];12(1). Available from: <https://periodicos.ufrn.br/extensoesociedade/article/view/24292/14338>.

25. Loduvico GO, Martins MML, Rocha TIU, Terra MF, Pigozi PL. Racismo institucional: percepção sobre a discriminação racial nos serviços de saúde. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 2020; 66:e008. doi: 10.26432/1809-3019.2021.66.008
26. Pereira ND, Castro MD, Figueira HM, Novas KR. Saúde da População Negra Frente à Covid-19: Desafios e Vulnerabilidades. *Revista Transformar [Internet]*. 2020 [cited 2021 Set 4];14(2): 145-162. Available from: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/386/187>.
27. De PP, Pozen AP, Budhwani HP, MPH. [Is Perceived Stigma in Clinical Settings Associated With Poor Health Status Among New York City's Residents of Color?]. *Medical Care*. 2019; 57 (12): 960-967. doi: 10.1097/MLR.0000000000001205 English.
28. De PK. [Beyond race: Impacts of non-racial perceived discrimination on health access and outcomes in New York City]. *Plos One*. 2020; 15(9): e0239482. Doi: 10.1371/journal.pone.0239482 English.
29. Morais C. Empoderamento das pessoas diabéticas tipo 2. *Nursing-edição portuguesa*. [Internet]. 2016.[cited 2021 Set 13]; 1-13. Available from: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/2016/09/Artigo-3281.pdf>
30. Alemayehu AM, Dagne H, Dagne B, et al. [Knowledge and associated factors towards diabetes mellitus among adult non-diabetic community members of Gondar city, Ethiopia 2019]. *PLoS One*. 2020. 15 (3): e0230880. doi: 10.1371 / journal.pone.0230880. PMID: 32214398; PMCID: PMC7098606 English.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE DIREITO À SAÚDE DOS USUÁRIOS QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Lidiane Lima de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26956819.6.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.854.222

Apresentação do Projeto:

De acordo com o autor: "Objetiva-se investigar o conhecimento e práticas de direito à saúde dos usuários que vivem com DM. Estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, será realizado nas cinco unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Cutá/PB. Serão incluídos no estudo: usuários diagnosticados com DM, com idade superior a 18 e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da Zona Urbana, sendo excluídos aqueles que não tenham capacidade de entendimento. A coleta de dados será realizada durante o período de abril a julho de 2020".

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o autor:

Objetivos Primários: "Investigar o conhecimento e práticas de direito à saúde dos usuários que vivem com DM"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o autor:

Riscos:

"Ressalta-se que não haverá riscos ou desconfortos potenciais significativos, sejam físicos,

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83) 2101-5545 **Fax:** (83) 2101-5523 **E-mail:** oep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 3.854.222

intelectual, social, cultural ou espiritualmente, ou qualquer prejuízo à saúde e bem-estar dos usuários. Todavia, aponta-se o risco mínimo de constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas à sua saúde. Assim, para minimizar esse risco, será preservado o seu anonimato."

Benefícios:

"Após a conclusão da pesquisa, aponta-se como benefícios a obtenção de resultados por meio da participação em oficinas de educação em saúde, promovendo o conhecimento entre os usuários para o empoderamento de seus direitos enquanto diabético."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa investigar o conhecimento e práticas de direito à saúde dos usuários que vivem com DM. Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade e portanto todas as exigências dos CEP's acerca da documentação a ser apresentada devem ser contempladas. O não cumprimento das exigências atenua possíveis atrasos no desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- 1- Informações Básicas do Projeto de Pesquisa;
- 2- Projeto de Pesquisa;
- 3- TCLE;
- 4- Termo de anuência institucional;
- 5- Declaração compromisso do pesquisador;
- 6- Folha de rosto;
- 7- Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos encaminhados, foi verificada adequação nos documentos de apresentação obrigatória.

Dentre os documentos apresentados, todos apresentam informações obrigatórias em seu conteúdo.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n CEP: 58.107-670
Bairro: São José
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cesp@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 3.854.222

O pesquisador atendeu a todas as exigências de acordo com a resolução 466/12, e recomendações do CONEP, obtendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1479587.pdf	03/12/2019 20:45:09		Aceito
Outros	AnuenciaSMS.pdf	03/12/2019 20:44:34	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/12/2019 20:44:03	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOENVIAR.pdf	03/12/2019 20:43:45	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	03/12/2019 20:43:26	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	03/12/2019 20:42:26	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	03/12/2019 18:26:07	Lidiane Lima de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/12/2019 17:53:46	Lidiane Lima de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 3.654.222

CAMPINA GRANDE, 21 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-6545 Fax: (83)2101-6523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B – NORMAS DO PERIÓDICO

Artigos originais: estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até oito autores

Título no idioma original do artigo (composto por três descritores e até 15 palavras. Fonte 16 em negrito)

As instruções destacadas em AMARELO devem ser deletadas e substituídas por texto

RESUMO

Objetivo: Métodos: Resultados: Conclusões ou
Considerações Finais:

Descritores: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descriptors: cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> . Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descritores: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> . Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

INTRODUÇÃO

Seguir as orientações quanto a margens e parágrafos das normas.

Evitar subtítulos, e quando indispensáveis iniciar em maiúscula e em negrito.

Verificar as normas quanto à utilização de referências, abreviações e figuras.

Destacar a lacuna do conhecimento na área estudada.

OBJETIVO

Iniciar com o verbo no infinitivo.

MÉTODOS

Verificar no CHECKLIST os subtítulos a serem utilizados para os artigos de pesquisa.

Destacar os subtítulos em negrito.

RESULTADOS

Subtítulos devem estar em negrito.

Utilizar a norma de tabulação do IBGE indicado nas Instruções aos Autores. Tabelas, Quadros (de forma editável) e outras Figuras (fluxograma e diagrama também editáveis) devem ser inseridas no corpo do manuscrito.

Para Tabelas ou Quadros, informar o título acima. Fonte, indicar somente se apresentar dados de terceiros.

Para Figuras, inserir o título abaixo da imagem.

Atenção às abreviações. Em títulos de figuras e subtítulos as abreviações devem estar por extenso. Outras abreviações devem ser informadas em nota.

Utilizar o modelo do quadro também presente no CHECKLIST para artigos de revisão.

Siga as Instruções aos Autores.

DISCUSSÃO

Sempre deverá ser apresentada separada dos resultados.

Destacar os subtítulos em negrito.

Inserir subtítulos Limitações do Estudo e Contribuições para a Área, conforme indicados no CHECKLIST.

CONCLUSÕES (artigo quantitativo) ou CONSIDERAÇÕES FINAIS (artigo qualitativo)

MATERIAL SUPLEMENTAR

Para os autores que compartilharem seus dados, citar e linkar.

Mais informações podem ser encontradas nas Instruções aos Autores.

REFERÊNCIAS

1. Criar uma lista numerada.
2. Fonte tamanho 11.
3. Verificar se há referências repetidas.
4. Estar nas recomendações Vancouver, conforme exemplos nas Instruções aos Autores.
5. Informar o link de acesso ou DOI.
6. Não ultrapassar a quantidade máxima de páginas e referências permitida.
7. Desabilitar macros ativas (ex. Mendeley, Endnote, etc.). Elas devem estar livres para a normalização.
8. Serão aceitas referências de preprint (até três).
9. a REBEn encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito.

ANEXO C – CERTIDÃO DE ANUÊNCIA

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

CERTIDÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Adriana Selis de Sousa, Secretária de Saúde do Município de Cuité-PB, autorizo e aceito o desenvolvimento da Pesquisa intitulada “Conhecimento e práticas de direito à saúde dos usuários que vivem com diabetes mellitus”, sob responsabilidade da discente Raimunda Clara da Silva Araújo e coordenação da professora Lidiane Lima de Andrade, do curso de Enfermagem UAENFE/CES/UFCG.

Cuité-PB, 26 de novembro de 2019.

Adriana Selis de Sousa
FMS: 11.404.674/0001-78
Cuité - PB
Adriana Selis de Sousa

Rua Francisco Theodoro da Fonseca, s/n – Centro
58175-000 – Cuité - PB
Telefone: (83) 3372-2481
sms.pmc@cuite.pb.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- DADOS SOCIOECONOMICOS

1. Sexo

0() Masculino 1() Feminino

2. DN (dd/mm/aa): _____ Idade: _____ (anos)

3. Cor da pele autorreferida

0() Branca 1() Preta 2() Parda 3() Outra: _____

4. Situação conjugal

0() Solteiro 1() Casado 2() Divorciado 3() União consensual 4() Viúvo 5() Outra: _____

5. Arranjo domiciliar

0() Mora sozinho 1() Mora com alguém

6. Religião

0() Católica 1() Evangélica 2() Espírita 3() Matriz africana 4() Não tem 5() Outra: _____

7. Grau de Escolaridade

0() Analfabetismo
 1() Ensino fundamental incompleto
 2() Ensino fundamental completo
 3() Ensino médio incompleto
 4() Ensino médio completo
 5() Ensino superior incompleto
 6() Ensino superior completo
 7() Outros _____

7.1 Anos de estudo: _____

8. Atividade de remuneração

0() Aposentado 1() Desempregado 2() Trabalhador ativo: _____ 3() Outros: _____

8.1. Renda familiar mensal (SM = Salário Mínimo): _____ reais

8.2. Número de pessoas que vivem com a renda familiar: _____

II- DADOS CLÍNICOS E HÁBITOS COMPORTAMENTAIS

1. Tipo do diabetes

0() Tipo 1 1() Tipo 2 2() Outros: quais? _____

2. Tempo de diagnóstico do diabetes (anos completos) _____

3. Tempo de acompanhamento no serviço devido ao diabetes (anos completos) _____

4. Comorbidades

0() Não 1() Sim Quais: _____

5. Complicações Crônicas

0()Não 1()Sim Quais: _____

6. Tratamento do Diabetes Mellitus

Dieta 0()Não 1()Sim

Exercício físico/Atividade física 0()Não 1()Sim Qual? _____

Remédio caseiro/chá 0()Não 1()Sim

Antidiabético Oral 0()Não 1()Sim

Insulina 0()Não 1()Sim

Outros: _____

7. O (a) Sr.(a) fuma?

0()Não 1()Sim

8. O(a) Sr.(a) faz uso de bebida alcoólica?

0()Não 1()Sim

III- CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS (embasado na Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 e na Portaria nº 2.583/07)**- Questionário embasado em 3 pilares: acesso à informação, assistência terapêutica, medicamentos (orais e insulina) e insumos-****A) ACESSO A INFORMAÇÕES**

1. Você acha que usa seus direitos enquanto pessoa que vive com diabetes?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

*1.1 Porque? _____

2. Você procura ter informações sobre seus direitos enquanto pessoa com diabetes?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

2.1 Onde você busca essas informações? _____

3. Você recebe orientações sobre os seus direitos enquanto pessoa com diabetes da equipe de saúde nos serviços que você frequenta? (unidade básica de saúde, hospital, etc)

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

3.1 Qual o profissional que dá mais informações a você? _____

B) ASSISTENCIA TERAPÊUTICA

4. Algum profissional de saúde já perguntou a você como gostaria que fosse realizado seu tratamento/cuidado?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

5. Com que frequência você procura o serviço de saúde para auxiliar no tratamento de diabetes?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

5.1 Qual o serviço que você costuma procurar? _____

6. Seus problemas com a doença conseguem ser resolvidos quando você procura o serviço de saúde?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

7. Nas consultas que você faz com os profissionais na unidade básica de saúde, eles te encaminham para outros especialistas? A exemplo: endocrinologista, cardiologista, nutricionista, educador físico, etc.?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

7.1 Você costuma visitar esses especialistas quando encaminhado? 0()Não 1()Sim

7.2 Você costuma visitar esses especialistas em que serviços? 0()Públicos 1()Privados

7.3 O encaminhamento geralmente é para que profissionais? _____

8. Na sua unidade básica de saúde tem um grupo para falar sobre diabetes? 0()Não 1()Sim

*8. 1 Em caso de sim: Com que frequência você participa das reuniões?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

8.2 Quais os profissionais envolvidos? _____

8.3 Com que frequência acontecem as reuniões? _____

C) MEDICAMENTOS ORAIS, INSULINA E INSUMOS

9. Você costuma ir ou pede a alguém para pegar seus medicamentos orais ou insulina em algum serviço de saúde público?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

9.1. Qual o serviço? _____

10. Você costuma ir ou pede a alguém para pegar seus insumos que auxiliam no tratamento do diabetes (fitas, agulha, seringa, lancetas, materiais para curativo, etc) em algum serviço de saúde público?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

10.1. Qual o serviço? _____

11. Alguma vez você precisou de seus medicamentos orais ou insumos e foi na Secretaria de Saúde ou Unidade Básica de Saúde, mas não tinha disponível?

4()Nunca 3()Quase nunca 2()As vezes 1()Quase sempre 0()Sempre

12. Com que frequência você compra seus medicamentos orais, insulina ou insumos para o tratamento do diabetes?

4()Nunca 3()Quase nunca 2()As vezes 1()Quase sempre 0()Sempre

12.1 Caso você precise comprar medicamentos orais, insulina e insumos para o tratamento do diabetes, sua renda é suficiente? 0()Não 1()Sim

13. Quando você precisa comprar medicamentos orais, insulina ou insumos para o tratamento do diabetes, você solicita ressarcimento dos gastos junto à secretaria de saúde?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

14. Com que frequência você monitora sua glicemia capilar?

0()Nunca 1()Quase nunca 2()As vezes 3()Quase sempre 4()Sempre

14.1 Você possui aparelho para monitorização da glicemia capilar? 0()Não 1()Sim

Observação: todo dia (sempre), 3 vezes por semana (quase sempre) 1x por semana (as vezes), mensal (quase nunca), não faz (nunca)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada “CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE DIREITO À SAÚDE DOS USUÁRIOS QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS” está sendo desenvolvida pela discente Raimunda Clara da Silva Araújo e pela Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité. Tendo como objetivo: analisar o conhecimento e práticas da pessoa que vive com Diabetes Mellitus em relação aos seus direitos.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um questionário, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional.

Ressalta-se que não haverá riscos ou desconfortos potenciais significativos, sejam física, intelectual, social, cultural ou espiritualmente, ou qualquer prejuízo à saúde e bem-estar dos usuários. Todavia, aponta-se o risco mínimo de constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas à sua saúde. Assim, para minimizar esse risco, será preservado o seu anonimato. Após a conclusão da pesquisa, aponta-se como benefícios a obtenção de resultados por meio da participação em oficinas de educação em saúde, promovendo o conhecimento entre os usuários para o empoderamento de seus direitos enquanto diabético.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde.

Caso o (a) Sr. (a) tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, pode nos contatar nos telefones descritos abaixo. Se houver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, além de nós,

pesquisadoras, o Sr. (a) pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG.

Lidiane Lima de Andrade

Pesquisadora responsável. Endereço: Sítio Olho D'Água da Bica, S/N, Cuité-PB. E-mail: lidiane.lima@ufcg.edu.br. Telefone: 3372-1820.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - UFCG

Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba.

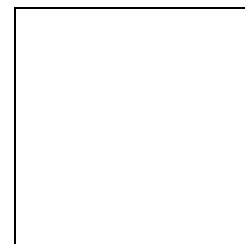
(83) 2101-5545 e (83)2101-5523. E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

carteira de Identidade nº _____, concordo em participar do estudo “CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE DIREITO À SAÚDE DOS USUÁRIOS QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS”. Declaro que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa e da liberdade de retirar o consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo e que concordo em participar dessa pesquisa, cedendo os direitos do material coletado para fins da presente pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores que realizarão a pesquisa.

Cuité- PB, ____ / ____ / ____.



Nome/Assinatura do participante ou responsável:
