



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR



MARIA DAS GRAÇAS COELHO ALVES

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE TRABALHADORES DIABÉTICOS
INSERIDOS NO MERCADO DE TRABALHO

UBERLÂNDIA

2021

MARIA DAS GRAÇAS COELHO ALVES

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE TRABALHADORES DIABÉTICOS
INSERIDOS NO MERCADO DE TRABALHO**

Trabalho Equivalente apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT), do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Rosuita Frattari Bonito.

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A474 Alves, Maria das Graças Coelho, 1966-
2021 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE
TRABALHADORES DIABÉTICOS INSERIDOS NO
MERCADO DE TRABALHO [recurso
eletrônico] / Maria das Graças Coelho Alves. - 2021.

Orientador: Rosuita Frattari Bonito.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em:

<http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.313>Inclui
bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Bonito, Rosuita Frattari, 1957-
, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia.

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde ambiental e saúde do trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, número 93, PPGA				
Data:	29/06/2021	Hora de início:	14hrs	Hora de encerramento:	16h
	11912GST008				
Nome do Discente:	Maria das Graças Coelho Alves				
Título do Trabalho:	Acesso aos serviços de saúde de trabalhadores diabéticos inseridos no mercado de trabalho				
Área de concentração:	Saúde ambiental e saúde do trabalhador				
Linha de pesquisa:	saúde do trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Re

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Meet - Google, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Profª Drª. Poliana Castro de Resende Bonati Instituição: FATRA - SMS/PMU; Profª Drª Gerusa Gonçalves Moura -UFU e Profª. Drª. Rosuita Fratari Bonito Instituição: Aposentada UFU; orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Prof. Dra. Rosuita Fratari Bonito, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Poliana Castro de Resende Bonati, Usuário Externo**, em 14/07/2021, às 11:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 14/07/2021, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 15/07/2021, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2905615** e o código CRC **CCF05999**.

Dedico este trabalho ao meu esposo Carlos, a minha filha Renata e ao meu filho Pedro por acreditarem em mim e me incentivarem a nunca desistir dos meus sonhos. Vocês são minha inspiração diária. Com vocês a caminhada se torna mais leve.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gratidão a Deus, por ser sempre presente em minha vida. Por me manter firme na fé. Me fortalecer através das orações, Ele mantém dentro de mim um reservatório de forças para superar os momentos difíceis. Gratidão, Senhor, por me fazer uma pessoa focada, disciplinada e determinada. Tenho orgulho da minha história e me reconheço nela, pois caminhei muito para chegar até aqui.

Aos meus pais, que hoje já não estão presentes neste plano terrestre, mas me deram a vida, se não fosse por eles eu não estaria aqui. Eles me proporcionaram cuidados, amor e carinho. São os responsáveis pela pessoa que me tornei.

À minha filha Renata, ao meu filho Pedro e ao meu esposo, Carlos, que estiveram presentes acolhendo com palavras de conforto as minhas inseguranças, nervosismo e tristezas. Eles acreditaram em mim, no meu potencial, eles são os responsáveis por essa conquista, meu gás diário, motivo para não desistir jamais. Meu esposo pela paciência de me ajudar na tabulação dos dados, me ensinando a trabalhar com planilha Excell®.

Aos meus irmãos que sempre acreditaram em mim.

O meu eterno agradecimento à minha orientadora Dra. Rosuita Fratari Bonito, uma profissional brilhante, extremamente competente, um ser de luz, pessoa do bem, coração gigante. Com sua sensibilidade e delicadeza, sempre acolhia as minhas angústias e ansiedades. Ela esteve presente em minha carreira profissional nos momentos mais desafiadores, sempre acreditou em meu potencial. Sou grata pela oportunidade de tê-la ao meu lado em mais este desafio. Tenho uma admiração imensurável por ela.

Às minhas queridas amigas Ellen Rios e Gesiane Barbosa que vibraram com a minha aprovação no mestrado e torceram por cada etapa vencida. O destino nos uniu para darmos forças umas para outras nos momentos difíceis de doença que passamos em 2016. Foi nessa fase que percebi o quão frágeis somos diante a vida, não temos garantia de nada. Mas os verdadeiros amigos nos fazem acreditar que tudo vai passar, é questão de tempo.

À minha Coorientadora Rúbia Barra, que na época fazia consultoria na Secretaria Municipal de Saúde, e junto ao CONASS trouxe para o Município de Uberlândia a Planificação da Saúde. Para a implantação dessa metodologia precisaria de tutores para acompanhar todas as etapas de implantação e depois o monitoramento. Então fui convidada por ela para compor esse grupo de tutores. Foi então que surgiu a ideia do Projeto do mestrado. Ela me mostrou que, para alcançarmos um bom resultado, é preciso que nosso trabalho faça sentido para o outro. É desafiador mudar crenças e conceitos já existentes, mas é possível.

Às minhas colegas tutoras, Ana Márcia, Cleide, Nelice e Vanilda, por me incentivarem e estarem presentes neste caminhar.

A todos os professores do PPGAT, que com certeza contribuíram para minha formação e meu aprendizado.

À Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e ao Instituto de Geografia (IG) por terem me permitido integrar ao mestrado profissional e fazer parte da pesquisa e prática profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Atenção Primária da Missão Sal da Terra (MSDT) representada pela Coordenadora Melyne Rocha e às equipes das Unidades Básicas de Saúde da Família Coordenadas pelas Enfermeiras: Mariana da Unidade I e Fabiane da Unidade II onde foram coletados os dados. Elas, os Agentes Comunitários e todos das equipes estiverem sempre prontos para me ajudar a selecionar os usuários na faixa etária e trabalhadores com diabetes.

Aos pacientes que colaboraram para a realização dessa pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, em especial Cristiano, Livia e João Vilela que compartilharam de vários encontros com a nossa orientadora Dra. Rosuita. Tivemos a oportunidade de conhecer a pesquisa um do outro e compartilhar aprendizados.

“Nunca permita que alguém corte suas asas,
estreite seu horizonte, tire as estrelas do seu
céu. Nunca deixe seus medos serem maiores
que a sua vontade de voar”.

Leonardo Boff

RESUMO

Introdução: O Diabete Mellitus é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e a oitava causa básica de óbito no Brasil. **Objetivo:** Compreender o uso e acesso ao cuidado de pessoas com diabetes inseridas nos mercados formal e informal de trabalho, além de identificar o aparecimento das barreiras enfrentadas por eles para acessar os serviços de saúde e traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional destes usuários. **Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo e exploratório. Para obtenção dos dados foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo 42 questões de caracterização sociodemográfica e específicas sobre o acesso, aplicado a 78 trabalhadores com diabetes. **Resultados:** Dos 78 usuários entrevistados, 41(53%) eram do sexo feminino; tinham idade entre 18 e 60 anos; as condições crônicas de saúde apresentados foram 3(4%) portadores de Diabetes Tipo 1; 29(37%) portadores de Diabetes Tipo II; e 46(59%) portadores de Diabetes Tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica; a faixa etária com maior número de participantes foi ente 51 e 60 anos, com 49(63%) dos participantes; e 53(68%) tinham como escolaridade o 1º Grau; 69(88%) responderam que trabalhavam no momento da participação na pesquisa, e 27(35%) desempenham Trabalho Informal; 76(97%) responderam que não tem dificuldades em agendar suas consultas nas unidades, sendo respectivamente 38(97%) dos participantes de cada unidade. **Conclusão:** destaca-se que 95% dos usuários da Unidade I e 92% da Unidade II responderam que o horário de funcionamento da Unidade atende suas necessidades; essas Unidades tiveram também uma boa avaliação dos agendamentos, pois 58% dos entrevistados das duas Unidades responderam que o agendamento foi imediato e/ou em um dia e 36% da Unidade II responderam que o agendamento foi em uma semana. A organização das agendas com hora marcada, facilitou para os trabalhadores, pois ao saírem com a próxima consulta agendada, se organizaram para comparecer á consulta, corroborando as propostas da Planificação da Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Diabéticos. Serviços de Saúde. Acesso. Mercado de Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus is one of the main causes of death among developed countries and the eighth basic cause of death in Brazil. **Objective:** To identify and understand use and access to care of people with diabetes inserted in the formal and informal labor markets. **Methodology:** Descriptive, quantitative and exploratory study. **Results:** Of the 78 users interviewed, 41 (53%) were female and 37 (47%) were male, aged between 18 and 60 years, the chronic health conditions presented were 3 (4%) with Type 2 Diabetes 1, 29 (37%) with Type II Diabetes and 46 (59%) with Type 2 Diabetes and Systemic Arterial Hypertension; and the age group with the largest number of participants was between 51 and 60 years old, with 49 (63%) of the participants and of these, 53 (68%) had primary education. 69 (88%) replied that they worked at the time of participation in the research and 27 (35%) performed Informal Work, 76 (97%) replied that they did not have difficulties in scheduling their consultations at the units, with 38 (97%) participating respectively. each unit. **Conclusion:** It is noteworthy that the Health Units surveyed had a good evaluation of their users, because when they leave with the next scheduled appointment, it is easier to organize themselves to attend, that is, organizing the schedules by appointment made it easier for workers, corroborating Health Care Planning proposals.

Keywords: Diabetics. Health services. Access. Job market.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A metáfora da casa na construção social da Atenção Primária à Saúde	27
Quadro 1: Quadro cruzando os dados trimestrais da taxa de participação da força de trabalho e idade dos indivíduos	37
Figura 2: Capa e Introdução da Cartilha, Uberlândia, Minas Gerais-Brasil	52
Quadro 2: Quadro Síntese da análise qualitativa das alterações sugeridas pelos juízes, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados segundo sexo, faixa etária, escolaridade e presença ou não de condição crônica, Uberlândia, MG- 2020	43
Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores diabéticos, das Unidades I e II, segundo trabalho atual e vínculo, Uberlândia-MG, 2020.....	44
Tabela 3: Distribuição da avaliação dos itens da cartilha, segundo os juízes, Uberlândia, MG- 2020.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CCAA	Comunidades Autônomas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EAP	Equipe Atenção Primária
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
MACC	Modelo de Atenção as Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
MSDT	Missão Sal da Terra
NHS	Serviço Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Planificação de Atenção à Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGAT	Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos secundários	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1	Histórico do Sistema Único no Brasil	21
3.2	Atenção Primária	23
3.2.1	<i>O acesso a Atenção Primária</i>	29
3.3	Considerações sobre Trabalho e sua Relação com a Saúde	31
3.4	Diabetes Mellitus	32
4	METODOLOGIA	35
4.1	Tipo de Estudo	35
4.2	Local, População de Estudo e Coleta de dados	35
4.3	Instrumentos de coleta de dados	36
4.4	Métodos de Amostragem	36
4.5	Critérios de Inclusão e Exclusão	37
4.6	Aspectos Éticos	38
4.7	Riscos/Benefícios	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	Produto 1: Artigo “Acesso aos serviços de saúde de trabalhadores diabéticos inseridos no mercado de trabalho”	39
5.2	Produto 2: Cartilha Educativa para o Autocuidado de Pacientes Diabéticos	47
5.3	Produto 3: Proposta de ser Capítulo de Livro “Construção e Validação de Cartilha Educativa do Autocuidado Apoiado para a Pessoa Com Diabetes”	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A - CARTILHA EDUCATIVA DO AUTOCUIDADO APOIADO DA PESSOA COM DIABETES	70
	ANEXO A - FORMULÁRIO PARA AS PESSOAS COM DIABETES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO QUE PARTICIPARAM DA ATENÇÃO CONTÍNUA	98
	ANEXO B - ITENS DA CARTILHA EDUCATIVA PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	99

ANEXO C - INSTRUMENTO DE PESQUISA SOBRE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	102
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	109

1 INTRODUÇÃO

O Diabete Mellitus é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e a oitava causa básica de óbito no Brasil. Devido a sua importante mortalidade, o cuidado ao usuário diabético em território nacional soma um grande número de atividades, quais sejam, o monitoramento frequente da glicemia, o acompanhamento clínico por equipe multiprofissional, o tratamento medicamentoso, a orientação alimentar e dietética, e a recomendação da realização de atividade física. A essas ações somam-se o manejo das complicações agudas (descompensação hiperglicêmica aguda e hipoglicemia), prevenção de complicações crônicas (doença macrovascular e doença microvascular e neuropática), e cuidado ao pé diabético (BRASIL, 2013).

Dados da Federação Internacional de Diabetes mostram que no ano de 2017, cerca de que 8,8% da população mundial com idade entre 20 e 79 anos de idade, portanto, 424,9 milhões de pessoas, viviam com diabetes e a projeção do número de pessoas com diabetes poderá ser a 628,6 milhões em 2045 e aproximadamente 79% dos casos vivem em países em desenvolvimento (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

A atenção à pessoa com diabetes resulta, em um grande número de atividades a serem realizadas, e o uso, às vezes, frequente dos serviços de saúde. Apesar dessa extensa carga de atividades destinada ao usuário com diabetes, estudos têm mostrado por vezes um pouco uso da carteira de serviços das Unidades de Saúde (LIMA et al., 2015) e uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Discutir o acesso de usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde é fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde, uma vez que é este serviço que se responsabiliza pelo cuidado integral e longitudinal da população (MENDES, 2015). Contudo, o acesso não pode ser pensado apenas pela disponibilidade dos serviços de saúde, mas abranger o conjunto de fatores contextuais relacionados à obtenção de determinada ação, cuja finalidade é a resolução de determinado tipo de problema de saúde do usuário (CAMPOS et al., 2014). Em especial para a população trabalhadora, um dos aspectos relevantes do acesso relaciona-se a organização dos serviços para receber suas demandas (JESUS; ASSIS, 2010), o que inclui diversidade de horários, atendimentos noturnos e aos finais de semana, celeridade entre a chegada do paciente e a sua saída da unidade de saúde, dentre outros fatores.

Além das questões relacionadas à diabetes e ao acesso aos serviços, é preciso compreender a inserção dessas questões diante do cenário do trabalho. O mundo do trabalho vem sendo modificado ao longo da história, partindo da escravidão até o modelo atual, pautado pelo capitalismo. Mesmo nas relações capitalistas, a organização do trabalho tem sido modificada para atender as transformações mundiais e responder a crescente demanda pelo lucro. Nesse sentido, observa-se que as recentes formas de organização do trabalho têm exigido, de um lado um novo perfil de trabalhador e, de outro, novas relações trabalhistas. Quanto ao trabalhador, exige-se que este esteja progressivamente mais qualificado e polivalente. Quanto às relações trabalhistas, observa-se a terceirização, a formação de vínculos precários e o crescimento do mercado informal. Como resultado, os direitos dos trabalhadores têm sido reduzidos, gerando uma maior rotatividade destes, a insegurança quando ao vínculo com as empresas e um contingente de excluídos social e economicamente (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Compreendendo a diabetes mellitus como uma importante condição crônica devido a sua prevalência e morbimortalidade associada, bem como a quantidade de ações a serem desenvolvidas pelos acometidos, torna-se relevante o estudo sobre os fatores individuais que influenciam o usuário diabético no acesso aos serviços de saúde. O recorte da população diabética inserida no mercado de trabalho complementa a singularidade da questão, uma vez que podem existir fatores profissionais (carga horária de trabalho, incompatibilidade de horários entre os ofertados pelas equipes de saúde e as horas livres do trabalhador, limite permitido de atestados, entre outros) que dificultam a realização do plano de cuidado destinado ao usuário trabalhador com diabetes.

Apesar das ações e implementações, legais e institucionais, realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ainda persistem barreiras a serem enfrentadas que interferem na efetivação do acesso universal à saúde no Brasil (LIMA et al., 2015). A questão do acesso tem especial significado quando se considera o cuidado às condições crônicas de saúde, as quais exigem um cuidado integral, continuado e multiprofissional (BRASIL, 2013). Dessa forma, ao mesmo tempo que existe uma dificuldade do acesso, as doenças crônicas como a diabetes, exigem o contato frequente entre serviços de saúde e o usuário. Nessa interface existem questões a serem consideradas como: a infraestrutura da rede, a carteira de serviços ofertados pelos Serviços de Saúde, a adequação do número de profissionais e questões intrínsecas ao usuário que o impedem de seguir o tratamento recomendado (LIMA et al., 2015).

Diante das barreiras apresentadas, observa-se que diversos estudos têm focado na compreensão de fatores estruturais e organizacionais, assim como na desigualdade presente no acesso aos serviços de saúde. Diferentemente desses estudos, a pesquisa aqui proposta foca-se nos fatores que impedem o usuário diabético de seguir o tratamento. Adicionalmente, é preciso considerar que a inserção no mercado de trabalho pode atuar como um fator dificultador para o usuário com doenças crônicas no cumprimento das atividades propostas para o seu cuidado.

Dessa forma, a pesquisa proposta terá como questões-chave: Quais as barreiras são percebidas pelo usuário trabalhador diabético para acessar os serviços de saúde? Quais barreiras dificultam a continuidade do cuidado por parte deste trabalhador? Qual a frequência que essas barreiras se distribuem em uma amostra significativa de trabalhadores diabéticos? Os serviços de saúde apresentam barreira para o acesso de usuários com diabetes?

Tem-se como hipótese afirmativa dessa pesquisa a ideia de que a jornada de trabalho pode ser incompatível com a necessidade de presença frequente do usuário diabético nos serviços de saúde, ou o serviço apresenta barreiras.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o acesso ao cuidado de usuários com diabetes inseridos nos mercados formal e informal de trabalho.

2.2 Objetivos secundários

- ✓ Compreender o acesso aos serviços de saúde por usuários diabéticos trabalhadores;
- ✓ Identificar barreiras relativas ao horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF);
- ✓ Traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos usuários diabéticos inseridos no mercado de trabalho;
- ✓ Elaborar uma cartilha de autocuidado para pacientes diabéticos;
- ✓ Validar a cartilha produzida.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde é fundamental na vida da sociedade brasileira. A saúde só passou a ser direito de todos após muita luta social, o que resultou na sua implantação no Brasil em 1990, passou por diversas atualizações, preconiza a prevenção de doenças e agravos, e promoção de saúde, e dentro desses preceitos encontram-se as doenças crônicas, que inclui a Diabetes Mellitus, com os acometidos sendo acompanhados no nível de atenção primária desse sistema. Diante disso será abordado a seguir o contexto histórico do SUS, da Atenção Primária em Saúde, o paciente diabético e outros assuntos que complementam a temática.

3.1 Histórico do Sistema Único no Brasil

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste (BRASIL, 2002).

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2002).

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a

construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (BRASIL, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal, que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. (BRASIL, 2002)

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos; e nessas, e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito.

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 1970, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 1980, a “comprar” serviços do setor público, nas redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (BRASIL, 2002).

Porém, a sistema era imediatista, não buscava a prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, a população que tinha acesso aos serviços de saúde, buscava em casos de urgência, inclusive os portadores de doenças crônicas como o diabetes mellitus (BRASIL, 2002; STOPA et al., 2019).

Também, nessa época, o INAMPS passa a atender aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar (BRASIL, 2002).

A Reforma Sanitária Brasileira, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, possibilitou a discussão de um novo modelo de saúde. Sendo assim, esse Movimento garantiu na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (PAIM, 2008).

Nessa vertente, destaca-se a vigente organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, focado na universalização das políticas sociais e na garantia dos direitos sociais, em conformidade com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social, e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Em 19 de setembro de 1990, foi votada a Lei 8.080, que regulamentou as ações do SUS em todo território nacional, abordando as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde, seguida pela Lei 8.142/90 que estabeleceu e regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, e de colegiados de gestão nos serviços de saúde, além de ter organizado as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde (BRASIL, 2002).

Além da democratização da saúde, a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre qual saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não doença”; com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Assim, o SUS veio para abarcar a saúde de uma maneira ampla. As políticas públicas implantadas foram e são fundamentais para a mudança do significado saúde, assim como a acessibilidade aos serviços de saúde, com os níveis de atenção à saúde.

3.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Ainda conforme Starfield (2002) a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere aos casos muito incomuns, que exigem atuação mais especializada.

Starfield (2002) descreveu a Atenção Primária a partir de seus atributos:

A atenção primária à saúde de qualidade ocorre quando os sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O **primeiro contato** implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A **longitudinalidade** constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A **integralidade** significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a **responsabilização** pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A **coordenação** conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde. A **orientação familiar e comunitária** impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A **competência cultural** convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002, p. 61, grifos da autora).

Ainda que o acesso não seja diretamente um dos atributos da atenção primária à saúde, ele está estreitamente vinculado ao atributo essencial do primeiro contato, que consiste na ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário, e que este ponto de entrada é de acesso fácil à sua população adstrita. Por isso esse ponto de entrada é denominado de porta de entrada (STARFIELD, 2002).

Como pode ser observado, a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

A ampliação do acesso à APS no país pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Há que se ressaltar que, além das equipes de ESF, existem equipes de APS que operam com sistemas convencionais de prestação de cuidados primários, especialmente com o Sistema Semachko¹ em que estão presentes três médicos especialistas: ginecologista/obstetra, clínico geral e pediatra. Estima-se que essas equipes possam cobrir 20% ou mais da população, o que levaria a uma grande cobertura de APS no SUS (MENDES, 2012).

A APS deve estar preparada para solucionar quase a totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não basta essa preocupação quantitativa, por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada, para que se gere valor para as pessoas usuárias. Além disso, cabe à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2012).

Com isso, antes do início da implantação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), metodologia desenvolvida pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), intensificou-se a organização dos processos para melhorar o acesso nas unidades de saúde (GUIMARÃES; CAVALCANTI; LINS, 2018).

As vagas nas agendas médicas eram disponibilizadas uma vez ao mês, conseguiam a vaga as pessoas usuárias que madrugavam, eram filas enormes. Depois a pessoa retornava à Unidade para a consulta e eram atendidas por ordem de chegada, às vezes ficavam a manhã toda para conseguir consultar. Após a consulta, o usuário ia embora e retornava na fila para agendar nova consulta, quando aparecia um novo problema de saúde.

A equipe não tinha vínculo com a população, não conheciam o território, não sabia quantos pacientes com condições crônicas eram atendidos naquele serviço. Como as vagas

¹ Modelo oriundo da experiência russa Bolchevique de organização de cuidados primários providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra (MENDES, 2012).

acabavam no mesmo dia, muitos pacientes procuravam por atendimentos em unidades de urgência e boa parte dessas demandas não eram urgências e poderiam ser resolvidas na atenção primária.

Estudos mostram que o absenteísmo na atenção primária à saúde atinge 20% a 25% da demanda total e isso tem a ver com os tempos de espera longos (MENDES, 2017).

Em fevereiro de 2017 o município de Uberlândia inicia a implantação de PAS, e pelos bons resultados alcançados, em agosto de 2019 passa a ser Centro Colaborador PAS, por meio de convênio celebrado entre a Prefeitura de Uberlândia e o CONASS. O Centro Colaborador de Uberlândia é um espaço, para a viabilidade de uma intervenção de melhoria da qualidade no SUS e a positividade dos resultados alcançados, principalmente para a população. É um laboratório de excelência, usando a metodologia do CONASS, que possibilita o aperfeiçoamento da organização dos processos de trabalho, instrumentos e o aprofundamento da intervenção, com a utilização inovadora de tecnologias em saúde. As inovações são testadas no Município antes de serem implantadas em outros locais (PEREIRA; ROCHA; BARRA, 2020).

A planificação é uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. A fundamentação teórica da PAS é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicada pelo CONASS e OPAS. A saber: as redes de atenção à saúde, o cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde, o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família e a construção social da APS (MENDES, 2012, 2015).

A importância de organizar a Atenção Primária é pela sua função resolutiva de atender 90% dos problemas de saúde mais comuns. Quando se fala em mais comum, não é necessariamente o mais simples. O atendimento ao usuário diabético e hipertenso, por exemplo, não é simples, exige um manejo clínico importante. A Atenção Primária tem um papel muito importante em uma Rede de Atenção à Saúde, porque ela é a ordenadora do fluxo, é a porta de entrada do SUS, e é a partir dela que são direcionados aos outros pontos de atenção como as especialidades e o Pronto Atendimento (MENDES, 2012)

A cidade de Uberlândia tem uma particularidade que não é vista em outros municípios, possuindo unidades de estratégia saúde da família (UBSF), unidades básicas de saúde tradicional (UBS) e as unidades básicas de saúde que funcionam nas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que são unidades mistas, com atendimento de pronto atendimento. Então, foi necessário adaptar a metodologia da PAS, para os modelos de UBSF e UBS/UAI. Importante

lembrar, que as equipes das Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional e UBS/UAI precisam conhecer os cidadãos e o território que estes vivem, da mesma forma que as unidades de saúde da família, para que possam se responsabilizar pelo território. Uberlândia é o primeiro Município a organizar a Atenção Primária, segundo os três modelos existentes, mudando o modelo de gestão da oferta, em que o usuário busca a Unidade para consultar e é apresentado para ele um número de vagas disponíveis, ele agenda para o dia que tem a vaga, vai embora, retorna depois no dia da consulta, fica aguardando o atendimento por ordem de chegada e depois que passa pelo médico vai embora e a equipe não toma conhecimento da sua saúde, irá vê-lo novamente, se ele procurar pelo serviço para o modelo da gestão das condições de saúde (MENDES, 2017).

Para implantar o modelo da gestão das condições de Saúde, foi implantada a PAS, cujo referencial teórico é a construção social da APS e o modelo de condições crônicas (MACC) (MENDES, 2012)

A Construção Social da APS se propõe facilitar o entendimento sobre os macroprocessos da APS, e Mendes (2014) utiliza a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 1. Primeiro, há que se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais, de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

acima

Figura 1: A metáfora da casa na construção social da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Mendes et al. (2019).

O alicerce da APS deve começar nas intervenções da estrutura como: recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, macroprocessos básicos da APS. (MENDES et al., 2019)

Nos macroprocessos básicos da APS estão a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de risco familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e monitoramento por estratos de risco, a agenda, e a contratualização.

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias; a recepção, o acolhimento e o preparo; a vacinação; o curativo; a farmácia; a coleta de exames; os procedimentos terapêuticos; a higienização e esterilização; e o gerenciamento de resíduos.

A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos procedimentos operacionais padrões (POPs); a implantação dos POPs; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POPs.

São macroprocessos de atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas), o acolhimento, a classificação de risco, o atendimento aos eventos agudos azul e verde. Porém, primeiro se faz o atendimento dos usuários com eventos vermelho, laranja e amarelo e o encaminhamento para pronto atendimento ou pronto socorro.

Nos macroprocessos de atenção às condições crônicas, o cuidado deve estar voltado para as condições crônicas não agudizadas, as enfermidades e usuários hiper utilizadores, o gerenciamento das condições crônicas prioritárias, a estratificação de risco, a elaboração e monitoramento dos planos de cuidado e autocuidado apoiado, a gestão de caso, e os novos formatos da clínica - atenção contínua, atenção compartilhada a grupo, matriciamento entre especialistas e generalistas, educação permanente dos profissionais de saúde.

Nos macroprocessos está também a atenção preventiva, como o programa de atividade física, o programa de reeducação alimentar, o programa do controle do tabagismo, o programa do controle do álcool e outras drogas, e o programa de rastreamento.

Ainda nos macroprocessos estão as demandas administrativas, na parte assistencial estão os atestados, renovação de receitas, análises de resultados de exames, relatórios periciais. Na gestão da Unidade estão o alvará sanitário, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), segurança do trabalho, sistema de informação, relatório de gestão e prontuário (MENDES et al., 2019).

A Planificação vem para qualificar e fortalecer as equipes da APS para coordenação das redes de atenção à saúde do município, para assim cumprirem os atributos do primeiro contato, da longitudinalidade, a integralidade, da coordenação, da centralização familiar, da orientação comunitária e da competência cultural. As duas Unidades de PSF que fizeram parte da pesquisa estão com aproximadamente 100% dos usuários com condições crônicas estratificados e as consultas agendadas conforme a estratificação do risco.

3.2.1 O acesso a Atenção Primária

Para Donabedian (1973) o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio organizacional, que inclui características da oferta de serviços; e a geográfica, que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre os usuários e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra dos usuários; e a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e os usuários.

Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde, que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. O acesso é definido por fatores individuais como os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, as condições de saúde percebidas pelos usuários ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde, e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período de tempo, e se concretiza numa agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos os seus profissionais e as suas diferentes formas de encontros clínicos, como consultas individuais face a face, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados a grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância, e outros (MENDES, 2012).

A questão central do acesso à atenção primária à saúde está no balanceamento da demanda e da oferta. Para isso é necessário ter uma compreensão da natureza complexa da demanda e das respostas que se devem estruturar para cada tipo de demanda, a partir de diferentes perfis de oferta (MENDES, 2015).

A classificação de riscos dos eventos agudos e a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas, são fatores importantes na racionalização do acesso à atenção primária à saúde. A estratificação de riscos nas condições crônicas, define o que deve ser atendido na atenção primária à saúde, e com que frequência devem se dar os retornos.

Melhorar o acesso aos serviços de saúde exige mudanças profundas nas organizações que permita transitar de uma cultura hegemônica de trabalho em silos, de independência e de fragmentação, para uma cultura de excelência centrada num enfoque de trabalho integrado em redes, em que os profissionais de saúde, os usuários e suas famílias, se considerem parceiros na produção da saúde e se tratem com respeito e transparência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Na organização do acesso é importante ressaltar a atuação da equipe multiprofissional, que é constituída por um grupo de trabalhadores, que se comunicam regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um grupo de usuários dos serviços de saúde e que participa da atenção integrada a essa população (STARFIELD, 2002). O objetivo da atenção multiprofissional é prestar o serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e pelo profissional certo (CLEMENTS; DAULT; PRIEST, 2007).

A distribuição das tarefas de uma equipe de saúde, na perspectiva de transitar de uma atenção uniprofissional, centrada no médico, para uma atenção multiprofissional, beneficia-se da correta composição das categorias de funções, que podem ser distribuídas entre os médicos e os outros profissionais de saúde (MENDES, 2011).

O trabalho multiprofissional distribui as tarefas entre os diferentes membros da equipe de saúde, segundo os fundamentos da atenção à saúde baseada na população (WAGNER, 1995). Para isso é importante conhecer a população adstrita através dos cadastros dos usuários, fazer os registros por condições de saúde e estratificar os usuários de condições de saúde por riscos, utilizando as ferramentas da gestão da clínica.

O trabalho multiprofissional é mais que a soma das contribuições de diferentes profissionais, pois ele se beneficia de mais olhos e mais ouvidos, dos *insights* de diferentes corpos de conhecimentos, e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido

considerado como um critério de qualidade da atenção à saúde (WAGNER, 2000). A distribuição das tarefas desses profissionais deve ser de acordo com suas competências.

Observa-se que vários países estão reformulando e adequando suas políticas públicas no intuito de garantir a sua população o acesso aos serviços de saúde na atenção primária. Na Inglaterra, em 2012 ocorreu a reforma do Serviço Nacional de Saúde (NHS), por meio do *Health and Social Care Act*, que introduziu mudanças importantes na organização, gestão e prestação de serviços públicos de saúde, mantendo a garantia da saúde como direito, ao primar pela universalidade, pela organização e garantia da atenção à saúde integral (FILIPPON, 2016).

O sistema de saúde canadense prevê que todos os residentes de uma província ou território tenham acesso aos serviços hospitalares, médicos e cirúrgico-dentários e não podem ter seu atendimento impedido por nenhum tipo de barreira, como pagamento de taxas, discriminação de raça, idade, sexo, estado de saúde, ou qualquer outra circunstância (SANTOS; MELO, 2018).

Na Espanha, o Sistema Nacional de Saúde foi inspirado no modelo britânico, mas diferentemente deste, a porta de entrada é constituída por centros de saúde com profissionais que fazem parte do sistema público, com o sistema descentralizado para as Comunidades Autônomas (CCAA). Sendo que até 2012, o acesso com portabilidade nacional, era garantido a todos os espanhóis ou residentes legais, bastando inscrever-se na lista de um médico de APS de um Centro de Saúde, cujo nome passava a constar no cartão do usuário. Após 2012, com promulgação do Decreto Real Lei 16/2012, a saúde deixou de ser um direito de cidadania, voltando a estar vinculada à condição de beneficiário da Seguridade Social (CONILL, 2018; ESPAÑA, 2012).

O SUS assume papel social diferenciado “ao se colocar, de fato, na atualidade, como a única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando a busca da redefinição das práticas de saúde e a construção de um ‘novo modelo’” (DIAS; HOEFEL, 2005).

3.3 Considerações sobre Trabalho e sua Relação com a Saúde

O campo Saúde do Trabalhador surgiu em meio a um importante processo político e social que exigia transformações em relação a saúde das pessoas no trabalho. A partir dos estudos sobre a Saúde do Trabalhador busca-se, por meio de pesquisas sobre os processos de trabalho, compreender o processo de adoecimento e de morte dos trabalhadores. O processo de

trabalho é toda atividade orientada para um fim, que resulta na produção de valores de uso, de bens, processo técnico, social e econômico, que valoriza a produção da mais-valia, do lucro. A análise da organização e do processo de trabalho é de extrema importância para identificar quais tipos de alterações são necessárias para a melhoria das condições de trabalho e para a prevenção dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (LACAZ, 2007; LAURELL; NORIEGA, 1989; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O trabalho faz parte da vida de cada pessoa, trazendo não apenas o sustento, mas constituindo a identidade do sujeito e como ele atua em suas relações sociais (DEJOURS; MOLINA, 2004). Todo o sistema de produção capitalista repousa no fato de que o trabalhador vende a sua “força de trabalho como mercadoria” (MARX, 2013, p. 48).

O mundo do trabalho atual tem recusado os trabalhadores herdeiros da ‘cultura fordista’, fortemente especializados, que são substituídos pelo trabalhador ‘polivalente e multifuncional’ da era “toyotista” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 339).

É cada vez mais importante observar a fala e o comportamento dos trabalhadores para se pensar em medidas de controle dos agravos crônicas como diabetes e hipertensão. É necessário também, pensar como organizar os processos de trabalho nas Unidades de Saúde, para que os trabalhadores, já adoecidos ou que tenham predisposição ao adoecimento, tenham acesso aos serviços de saúde pública para tratamento e acompanhamento. É importante identificar esses trabalhadores e fazer o vínculo dos mesmos como os serviços de saúde pública.

Compreendendo o diabetes mellitus como uma importante condição crônica devido a sua prevalência e morbimortalidade associada, bem como a quantidade de ações a serem desenvolvidas no seu controle, torna-se relevante o estudo sobre os fatores individuais que influenciam o usuário e trabalhador diabético, no acesso aos serviços de saúde.

3.4 Diabetes Mellitus

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que em torno de 422 milhões de adultos estão com diabetes no mundo. Se fizermos uma rápida matemática, baseada nos números ditos pelas instituições nacionais e internacionais, cerca de 90% deles, são acometidos pelo tipo 2. Portanto, é bem provável que mais de 370 milhões de pessoas estão com o diabetes tipo 2 no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE (MALTA et al., 2015), em 2013, a prevalência de DM auto

referido para a população brasileira, de 18 anos ou mais de idade, foi de 6,2%, sendo 7% em mulheres e 5,4% em homens, o que representa cerca de 9 milhões de brasileiros com diabetes, no ano de 2013 e em pesquisa realizada pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) estima que ocorreu crescimento da prevalência nas capitais do Brasil, aumentando de 5,5% em 2006 para 7,6% em 2017 (BRASIL, 2017b)².

Em 2040, a estimativa é que 642 milhões de pessoas ao redor do Planeta estejam com diabetes, portanto, a previsão é que mais de 570 milhões serão detectadas com o tipo 2.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Para a OMS, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 e os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados ao incremento na carga global de diabetes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A prevalência de diabetes considerada para o estado de Minas Gerais é de 6,4%, de acordo com informação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

O DM não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias.

² Diabetes tipo 1: há uma incapacidade em produzir insulina porque as células beta pancreáticas foram destruídas por um processo autoimune. Neste caso, as células do pâncreas que normalmente produzem insulina são destruídas e, quando pouca ou nenhuma insulina vem do pâncreas, o corpo não consegue absorver a glicose do sangue e as células ficam sem insulina. Diabetes tipo 2 (diabetes não insulino dependente): o pâncreas continua a produzir insulina, algumas vezes em níveis mais elevados do que o normal. No entanto, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um déficit relativo à insulina (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 1994).

Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo descritivo, quantitativo e exploratório desenvolvido com o objetivo de levantar dados e compreender o uso e acesso ao cuidado enfrentados por pessoas com diabetes inseridas nos mercados formal e informal de emprego e traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional destas pessoas.

Para Minayo (2014), o uso do método quantitativo resulta em dados, indicadores e tendências observáveis, então, o intuito da aplicação deste método é conhecer a realidade em que estas pessoas estão inseridas e saber quais os gatilhos que dificultam ou facilitam o acesso aos serviços de saúde.

4.2 Local, População de Estudo e Coleta de dados

A pesquisa foi realizada no município de Uberlândia uma cidade considerada de grande porte com uma população estimada em 683.247 habitantes (IBGE, 2019) que se encontra localizado na região do Triângulo Mineiro, Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil.

Está dividido em 05 setores sanitários: Sul, Leste, Oeste, Norte e Central, e conta com uma rede de Atenção à Saúde composta por 72 Equipes de Atenção Primária (EAP), sendo 08 Unidades Básicas de Saúde (UBS), destas, 06 funcionam das 07:00 às 19:00 e as outras 02 das 07:00 às 22:00, e as 06 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que são unidades mistas com atendimento de Pronto Socorro funcionando 24 horas, e a UBS das 7:00 às 22:00. Já as 58 Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF), todas funcionam das 07:00 às 17:00 (UBERLÂNDIA, 2021) As Unidades de Estratégia Saúde da Família, são classificadas como Tipo I, II e III. Destas 41 são Unidades tipo I, uma equipe de ESF, 10 são Tipo II com duas equipes de ESF dentro do mesmo estabelecimento, e 07 são Tipo III com 03 equipes de ESF (CNES) (UBERLÂNDIA, 2021).

Para fazer a pesquisa foi realizado sorteio entre os 05 setores sanitários, o sorteado foi o Setor Sul e nele foram escolhidas 02 Unidades com o seguinte critério: A UBSF Santa Luzia, porque foi a primeira a receber a Planificação da Atenção à Saúde, organização do acesso, Unidade Tipo I, e assiste a uma população de 3.906 pessoas; e a UBSF Seringueiras II, porque foi a última a ser implantada essa metodologia, é uma Unidade também Tipo I, e assiste a uma população 3.728 pessoas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da Unidade, uma equipe seja responsável por uma área onde residem de 600 a 1.000 famílias, com o limite

máximo de 4.500 habitantes. Este é um critério e deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997).

Foram considerados como população de estudo, os trabalhadores diagnosticados com diabetes e inseridos nos mercados formal ou informal de trabalho.

Para obtenção dos dados foi realizada aplicação de questionários com 42 questões semiestruturadas, com 78 usuários cadastrados em duas unidades de saúde, que buscaram por serviços e consultas sobre o diabetes. Os questionários foram aplicados aos participantes, em seu horário de consulta agendada previamente.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Para obtenção dos dados foi realizada aplicação de questionários com 42 questões semiestruturadas com 78 usuários cadastrados nas duas unidades de saúde, que buscaram por serviços e consultas sobre o diabetes. Os questionários foram aplicados aos participantes, em seu horário de consulta agendada previamente. A coleta de dados da pesquisa quantitativa foi realizada no período de novembro de 2019 a março de 2020 nos turnos manhã e tarde no horário das consultas já agendadas, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob o parecer: 3.479.490 (ANEXO D)

Foram obtidos dados primários sobre o uso e o acesso dos trabalhadores com diabetes aos serviços de saúde relacionados aos cuidados com a doença. Para isso foi utilizado questionário elaborado pelos pesquisadores contendo 42 questões de caracterização sociodemográfica e específicas sobre o acesso e aplicado a 78 trabalhadores com diabetes. Este número foi obtido levando-se em consideração o número total de pacientes com diabetes cadastrados em duas unidades de saúde.

4.4 Métodos de Amostragem

Foi realizado cálculo estatístico amostral para obter o número de participantes a serem entrevistados e garantir representatividade. O número de participantes da pesquisa foi obtido em 31 de maio de 2019, por meio dos registros no prontuário eletrônico das duas unidades de saúde objeto deste estudo, totalizando o universo de 201 pessoas. Considerando margem de

erro de 5%, obtivemos a amostra de 76 pessoas. Para a realização do cálculo foi utilizada a fórmula estatística a seguir:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

n = tamanho da amostra

Z = escore padrão do nível de confiança (95% = 1,96)

p = proporção amostral de sucessos esperados (50%)

q = proporção amostral de fracassos esperados (50%)

N = universo

e = margem de erro

4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram os trabalhadores, com Diabetes Mellitus, tipo I e/ou II, com faixa etária de 18 a 60 anos, inseridos no mercado de trabalho formal e informal, residentes no Setor Sanitário Sul na área de abrangência das Unidades de pesquisa, em Uberlândia-MG e que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Essa faixa etária foi definida mediante análise de dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, cruzando os dados trimestrais da taxa de participação da força de trabalho dos indivíduos de 14 a 17 anos, 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 ou mais, através dos quais percebe-se que a maior participação no mercado de trabalho está na faixa etária escolhida.

Quadro 1: Quadro cruzando os dados trimestrais da taxa de participação da força de trabalho e idade dos indivíduos

2º trimestre 2019				
14 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
20%	69,8%	82,7%	73,9%	23,9%

Fonte: IBGE (2019).

E os critérios de exclusão foram os residentes em outros municípios, fora da faixa etária da pesquisa e que não aceitaram participar da pesquisa

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UFU, sob o número CAAE 17275319.3.0000.5152.

Para aplicação do questionário, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esclarecido para cada participante da pesquisa as fases da coleta de dados, o sigilo das respostas, a preservação da identidade, os contatos dos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas e os riscos e benefícios do estudo.

Os usuários que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias do termo, ficando com uma cópia e, após, responderam o questionário.

Cada questionário respondido foi identificado com um código para preservar a identidade dos participantes.

4.7 Riscos/Benefícios

Não houve riscos ou desconforto no que se refere a danos físicos, psíquicos ou espirituais, uma vez que a coleta de dados ocorreu com o preenchimento do questionário, com prévia assinatura do TCLE e esclarecimentos de dúvidas e pontos importantes da pesquisa. Os resultados desse estudo poderão contribuir para apontar possíveis falhas no acesso da pessoa diabética trabalhadora nos serviços de saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Produto 1: Artigo “Acesso aos serviços de saúde de trabalhadores diabéticos inseridos no mercado de trabalho”

Artigo submetido a Revista Eletrônica Acervo Saúde

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE DIABÉTICOS INSERIDOS NO MERCADO DE TRABALHO

Access To Diabetic Health Services In The Labor Market

Acceso A Los Servicios De Salud Diabética En El Mercado Trabajo

Maria das Graças Coelho Alves^{3*}, Rosuita Fratari Bonito¹, Rúbia Pereira Barra²

RESUMO

Objetivo: Identificar e compreender o acesso ao cuidado de usuários com diabetes inseridos nos mercados formal e informal de trabalho. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e exploratório, realizado no município de Uberlândia, com 78 usuários entre 18 e 60 anos, inseridos no mercado de trabalho formal e informal, com Diabetes Mellitus, tipo I e/ou II, de duas Unidades Básicas de Saúde da Família - Setor Sul, residentes nesta área abrangência, e que aceitaram participar assinando os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A maioria eram mulheres, com idade entre 51 e 60, com primeiro grau incompleto (42%), 37% com diabetes tipo 2, e associado com hipertensão 59%; e com relação a comorbidades, 64% apresentam alto risco, e 6% muito alto; 88 % trabalhavam no momento da coleta de dados, e 35% deles no informal (sem vínculo trabalhista); 58% informaram que o agendamento foi imediato e/ou um dia, na unidade II, e 36% responderam que o agendamento ocorreu com uma semana. **Considerações Finais:** Destaca-se que as Unidades de Saúde pesquisadas tiveram uma boa avaliação dos seus usuários. A organização das agendas com hora marcada facilitou para os trabalhadores, corroborando com as propostas da Planificação da Atenção à Saúde

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Trabalhador, Acesso a Saúde.

³ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Instituto de Geografia. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais Cidade-Estado. * E-mail: mgracacoelhoalves@gmail.com

SUBMETIDO EM: XX/2020

ACEITO EM: XX/2020
XX/2020

PUBLICADO EM:

ABSTRACT

Objective: To identify and understand access to care for people with diabetes inserted in the formal and informal labor markets. **Methods:** This is a descriptive, quantitative and exploratory study. Held in the city of Uberlândia, with 78 users from two Basic Family Health Units in the city. The inclusion criteria were: People with Diabetes Mellitus, type I and / or II, Residents in the Southern Health Sector in the area covered by the Research Units, Residents in Uberlândia-MG, Accepted to participate in the research by signing the Free and Informed Consent Terms Informed, Age group between 18 and 60 years inserted in the formal informal labor market. The criteria for exclusion from the research were: Living in other municipalities, not attending consultations, not being within the age group of the research and not accepting to participate in the research. **Results:** Most women, age 51 to 60, incomplete first degree (42%), Most type 2 diabetes (37%) and associated with hypertension (59%) and with regard to comorbidities 64% are at high risk and 6% very high. Distribution of workers show that 88% worked at the time of data collection and 35% informal (without employment). Time to schedule an appointment (58%) informed that the appointment was immediate and / or a day, in unit II 36% answered that the appointment occurred with a week. **Final Considerations:** It is noteworthy that the Health Units surveyed had a good evaluation of their users. The organization of schedules by appointment made it easier for workers, corroborating with the proposals of the Health Care Planning.

Keywords: Primary Health Care, Worker, Access to Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y comprender el acceso a la atención de las personas con diabetes insertadas en los mercados laborales formales e informales. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y exploratorio. Realizado en la ciudad de Uberlândia, con 78 usuarios de dos Unidades Básicas de Salud Familiar de la ciudad. Los criterios de inclusión fueron: Personas con Diabetes Mellitus, tipo I y / o II, Residentes en el Sector Salud Sur en el área cubierta por las Unidades de Investigación, Residentes en Uberlândia-MG, Aceptados para participar en la investigación firmando el Libre e Informado Condiciones de Consentimiento e Informado, Grupo de edad entre 18 y 60 años insertado en el mercado laboral informal formal. Los criterios de exclusión de la investigación fueron: Residir en otros municipios, no asistir a consultas, no estar dentro del grupo de edad de la investigación y no aceptar participar en la investigación. **Resultados:** La mayoría de las mujeres, de 51 a 60 años, primer grado incompleto (42%), la mayoría de diabetes tipo 2 (37%) y asociada a hipertensión (59%) y con respecto a las comorbilidades 64% tienen alto riesgo y 6% muy alto. La distribución de los trabajadores muestra que el 88% trabajaba al momento de la recolección de datos y el 35% informal (sin empleo). Tiempo para programar una cita (58%) informó que la cita fue inmediata y / o un día, en la unidad II el 36% respondió que la cita se produjo con una semana. **Consideraciones finales:** Cabe mencionar que las Unidades de Salud encuestadas tuvieron una buena evaluación por parte de sus usuarios. La organización de agendas con cita previa facilitó a los trabajadores, corroborando las propuestas de la Planificación Sanitaria

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Trabajador, Acceso a la Salud.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma das principais causas de óbitos nos países desenvolvidos e a oitava causa básica de óbito no Brasil. Devido a sua importante morbimortalidade, o cuidado ao usuário diabético em território nacional soma um grande número de atividades, abrangendo o monitoramento frequente da glicemia, o acompanhamento clínico por equipe multiprofissional, o tratamento medicamentoso, a orientação alimentar e dietética, e a recomendação da realização de atividade física (BRASIL, 2013). Essas ações somam-se ao manejo das complicações agudas - descompensação hiperglicêmica aguda

e hipoglicemia, prevenção de complicações crônicas - doença macrovascular e doença microvascular e neuropática, e cuidado ao pé diabético (BRASIL, 2013).

Dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF), mostraram que ano de 2017, cerca de 8,8% da população mundial entre 20 e 79 anos de idade, ou seja, 424,9 milhões de pessoas, viviam com diabetes e a projeção do número de pessoas com diabetes poderá ser a 628,6 milhões em 2045. Aproximadamente 79% dos casos vivem em países em desenvolvimento (IDF, 2017).

A atenção ao usuário com diabetes resulta em um grande número de atividades a serem realizadas por ele e, conseqüentemente, o uso frequente dos serviços de saúde. Apesar dessa extensa carga de atividades destinada ao usuário com diabetes, estudos têm mostrado por vezes, um uso insuficiente da carteira de serviços por diabéticos (Lima SAV, et al., 2015) e uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Dias-Da-Costa JS, et al., 2008; Fernandes LCL, et al., 2009).

Discutir o acesso de usuários com condições crônicas aos serviços de saúde é fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde, uma vez que é este serviço que se responsabiliza pelo cuidado integral e longitudinal da população (Mendes EV, 2015). Contudo, o acesso não pode ser pensado apenas pela disponibilidade dos serviços de saúde, mas abranger o conjunto de fatores contextuais relacionados à obtenção de determinada ação, cuja finalidade é a resolução de determinado tipo de problema de saúde do usuário (Campos RTO, et al., 2014). Em especial para a população trabalhadora, um dos aspectos relevantes do acesso, relaciona-se a organização dos serviços para receber as demandas do usuário (Jesus WLA e Assis MMA, 2010), o que inclui diversidade de horários, atendimentos noturnos e aos finais de semana, celeridade entre a chegada do paciente e a sua saída da unidade de saúde, dentre outros.

Observa-se que vários países estão reformulando e adequando suas políticas públicas no intuito de garantir a sua população, o acesso aos serviços de saúde na atenção primária. Na Inglaterra, em 2012 ocorreu a reforma do Serviço Nacional de Saúde (NHS), por meio do *Health and Social Care Act*, que introduziu mudanças importantes na organização, gestão e prestação de serviços públicos de saúde, todavia, mantendo a garantia da saúde como direito, ao primar pela universalidade, pela organização e garantia da atenção à saúde integral (Filippon J, et al., 2016).

O sistema de saúde Canadense, que prevê que todos os residentes de uma província ou território tenha acesso aos serviços hospitalares, médicos e cirúrgico-dentários e não podem ter seu atendimento impedido por nenhum tipo de barreira, como pagamento de taxas, discriminação de raça, idade, sexo, estado de saúde ou qualquer outra circunstância (Santos JC e Melo W, 2019).

E a Espanha, que também mostra organização e garantia da atenção à saúde, pois seu Sistema Nacional de Saúde foi inspirado no modelo britânico mas, diferentemente deste, a porta de entrada é constituída por centros de saúde com profissionais que fazem parte do sistema público, com o sistema descentralizado para as Comunidades Autônomas – CCAA, sendo que até 2012, o acesso, com portabilidade nacional, era garantido a todos os espanhóis ou residentes legais bastando inscrever-se na lista de um médico de APS de um Centro de Saúde, cujo nome passava a constar no cartão do usuário (Conill EM, 2018).

Além das questões relacionadas à diabetes e ao acesso aos serviços, é preciso compreender a inserção dessas questões diante do cenário do trabalho. O mundo do trabalho vem sendo modificado ao longo da história, partindo da escravidão até o modelo atual, pautado pelo capitalismo. Mesmo nas relações capitalistas, a organização do trabalho tem sido modificada para atender as transformações mundiais e responder a crescente demanda pelo lucro. Nesse sentido, observa-se que as recentes formas de organização do trabalho têm exigido de um lado, um novo perfil de trabalhador, e de outro, novas relações trabalhistas. Quanto ao trabalhador, exige-se que este esteja progressivamente mais qualificado e polivalente. Quanto às relações trabalhistas, observa-se a terceirização, a formação de vínculos precários e o crescimento do mercado informal. Como resultado, os direitos dos trabalhadores têm sido reduzidos, gerando uma maior rotatividade de trabalhadores, a insegurança quanto ao vínculo

com as empresas, e um contingente de excluídos social e economicamente (Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF, 1997).

Esta insegurança trabalhista torna-se mais acentuada e evidente naqueles trabalhadores que possuem doenças crônicas, dentre elas a diabetes melittus, compreendida como uma importante condição crônica devido a sua prevalência e morbimortalidade associada, bem como, com a quantidade de ações a serem desenvolvidas por esses pacientes; e o estudo sobre os fatores individuais que influenciam o trabalhador diabético no acesso aos serviços de saúde torna-se necessário. O recorte da população diabética inserida no mercado de trabalho complementa a singularidade da questão, uma vez que podem existir fatores trabalhistas, como a carga horária de trabalho, a incompatibilidade de horários entre os ofertados pelas equipes de saúde, e as horas livres do trabalhador, o limite permitido de atestados, entre outros, que dificultam a realização do plano de cuidado destinado ao usuário trabalhador, com diabetes.

Este estudo objetivou identificar e compreender o uso e acesso ao cuidado enfrentados por usuários trabalhadores com diabetes inseridas nos mercados formal e informal de emprego, e traçando o perfil sociodemográfico e ocupacional destes.

MÉTODOS

É um estudo descritivo, quantitativo e exploratório.

Foram considerados como população de estudo, os trabalhadores diagnosticados com diabetes e inseridos nos mercados formal ou informal de trabalho; realizada no Município de Uberlândia, Minas Gerais, considerada uma cidade de grande porte, com uma população estimada em 683.247 habitantes (IBGE, 2019). Está dividida em 05 setores sanitários: Sul, Leste, Oeste, Norte e Central e conta com uma rede de Atenção à Saúde composta por 72 Equipes de Atenção Primária (EAP). Para fazer a pesquisa foi realizado sorteio entre os 05 setores sanitários do município. Foi sorteado o Setor Sul, e nele foram escolhidas 02 Unidades, com o seguinte critério: a UBSF Santa Luzia, porque foi a primeira a receber a Planificação da Atenção à Saúde, metodologia desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) organizando o acesso para os usuários do seu território. A outra, foi a UBSF Seringueiras II, porque foi a última deste setor que implantou essa metodologia.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2019 a março de 2020, com 39 participantes de cada uma das Unidades escolhidas, totalizando-se 78 trabalhadores, entre 18 e 60 anos, diagnosticados com Diabetes Mellitus, tipo I e/ou II, inseridos nos mercados formal ou informal de trabalho, residentes em Uberlândia, no Setor Sanitário Sul, na área de abrangência das Unidades de pesquisa, que aceitaram participar, assinando o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizada por meio de um instrumento contendo na primeira parte os dados sócios demográficos e a segunda a caracterização. Os dados quantitativos foram obtidos com a utilização de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, contendo 42 questões de caracterização sociodemográfica e específicas sobre o acesso. O instrumento foi aplicado aos 78 usuários incluídos, em seus horários de consultas agendadas previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 78 usuários entrevistados, 41(53%) eram mulheres e 37(47%) homens, tinham idade entre 18 e 60 anos, as condições crônicas de saúde apresentados foram 3(4%) portadores de Diabetes Tipo 1, 29(37%) portadores de Diabetes tipo II, e associado com Hipertensão eram 46(59%). Sobre a presença de comorbidades, 64% eram de alto risco, e 6% muito risco; a faixa etária com maior número de participantes foi ente 51 e 60 anos, com 49(63%) dos participantes. Dos 78 entrevistados, 53(68%) tinham como escolaridade o 1º Grau.

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados segundo sexo, faixa etária, escolaridade e presença ou não de condição crônica, Uberlândia, MG- 2020

Variável	Unidade I N %	Unidade II N %	Total N %
Sexo			
Feminino	21 54%	20 51%	41 53%
Masculino	18 46%	19 49%	37 47%
Condição Crônica			
Diabetes T1	0 0%	3 8%	3 4%
Diabetes T2	18 46%	11 28%	29 37%
Diabetes T2, Hipertenso	21 54%	25 64%	46 59%
Faixa Etária			
18 a 30	0 0%	1 2%	1 1%
31 a 40	3 7%	3 8%	6 8%
41 a 50	8 21%	14 36%	22 28%
51 a 60	28 72%	21 54%	49 63%
Escolaridade			
1° grau Incompleto	12 31%	21 54%	33 42%
1° grau Completo	13 33%	7 18%	20 26%
2° grau Incompleto	8 21%	6 15%	14 18%
2° grau Completo	2 5%	3 8%	5 6%
Superior Completo	4 10%	2 5%	6 8%
Total	39 100%	39 100%	78 100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A pesquisa mostrou predomínio de mulheres frequentadoras da UBSF. Este predomínio feminino de procura por atendimento na Unidade Básica de Saúde corrobora com outros estudos que mostram que os homens procuram menos os serviços de saúde de atenção básica do que as mulheres, e os motivos destes serem menos frequentes nas unidades básicas de saúde, podem estar associados a aspectos culturais ou as suas atitudes em relação a saúde (Oliveira MM, et al., 2015; Pereira SM, et al., 2019).

Outro estudo realizado com 400 cadastros de usuários adstritos à rede de atenção básica, demonstrou predomínio de usuários do sexo feminino, faixa etária de 50-59 anos, situação conjugal casado e baixa escolaridade (Dietrich A, et al., 2019).

Em um estudo realizado sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde no Benin/Africa Ocidental, teve com resultado que 60,4% das mulheres pesquisadas tiveram problemas de acesso aos serviços de saúde, e que as variáveis situação econômica e estado civil foram fatores de nível individual significativos associados a problemas de acesso aos cuidados de saúde (Zegeye B, et al., 2021).

Na África Subsaariana, referente ao acesso a serviços de saúde, mostrou que fatores individuais e contextuais estão associados a barreiras de acessibilidade aos cuidados de saúde, dentre elas as variáveis: idade, estado civil, emprego, e local de residência (Seidu AA, 2020).

Do total de 78 participantes, 69(88%) responderam que trabalhavam no momento da participação na pesquisa, e 9 não trabalhavam; 27(35%) em Trabalho Informal. Os participantes que desempenham trabalho formal e informal corresponderam a 41(52%) da amostra, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores diabéticos, das Unidades I e II, segundo trabalho atual e vínculo, Uberlândia-MG, 2020

Trabalha no momento	Unidade I	Unidade II	Total
Sim	33 85%	36 92%	69 88%
Para respostas SIM, justificativa do tipo de vínculo			
Sem Justificativa	16 41%	13 33%	29 37%
Trabalho Formal	6 15%	8 21%	14 18%
Trabalho Informal	12 31%	15 38%	27 35%
Não Trabalha no momento	6 15%	3 8%	9 12%
Total	39 100%	39 100%	78 100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

As UBS pesquisadas funcionavam no horário entre 07 e 17 horas, e sobre se o horário de atendimento da Unidade de Saúde atende as suas necessidades, dos 73(94%) participantes que responderam que atende, 24(33%) não deram justificativa para suas respostas, enquanto que 49(67%) participantes responderam que já saíam com a próxima consulta marcada, conseguindo então, negociar no trabalho o comparecimento à consulta, e não faltar ao trabalho; 06(8%) responderam que trabalhavam em horário comercial, sendo assim, as vezes não conseguiam comparecer a consulta ou vinham bem cedo quando a unidade abria, chegando atrasado no serviço; e 08(11%) são autônomas ou trabalhavam em escala de 12/36, então podiam comparecer no dia que fosse marcado; 58% dos entrevistados das duas Unidades responderam que o agendamento foi imediato e/ou em um dia. Na unidade II, 36% responderam que o agendamento ocorreu com uma semana, ou seja, a organização dos processos com a estratificação de risco das condições crônicas e a parametrização das consultas conforme o risco, facilitou o acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao questionamento sobre se o horário de atendimento da Unidade de Saúde atende as necessidades dos usuários, sendo 37(95%) dos participantes da Unidade I e 36(92%) dos participantes da Unidade II, confirmaram positivamente que atende as necessidades.

Os participantes então, conseguem conciliar o trabalho com a consulta porque já saíam com a próxima consulta agendada, obtendo um tempo necessário para adequar o horário de trabalho, diferente de um estudo que abordou a avaliação do horário de atendimento da UBS, e apenas 35% dos usuários pesquisados declararam estar satisfeitos com o horário de atendimento na unidade; e em relação ao tempo de espera para atendimento, 30% demonstraram insatisfação (Costa AM, 2019).

A unidade de saúde deve prover condições de atendimento à população, principalmente aos trabalhadores e à aqueles portadores de Doenças Crônicas, e dentre estas ações estão a flexibilidade de horário de atendimento, o mecanismo de agendamento de consulta, conforme apresentado na unidade pesquisada, onde os pacientes podem agendar a consulta por meio de telefone - Whatsapp do *Smart* fone - da unidade, e após a consulta, já estavam com a próxima consulta agendada em dia e horário, ou seja, um facilitador para os trabalhadores.

Na Atenção Primária a Saúde existe diferentes tipos de solicitação de agendamentos. Agendamentos diretos, solicitados pelos usuários do serviço; presenciais, feitos nas unidades de atenção primária à saúde; à distância, quando as pessoas agendam por telefone ou internet; ou indiretos, que se trata de agendamentos realizados pelos profissionais de saúde para retornos programados (Mendes EV, 2016).

Observa-se que as unidades pesquisadas desenvolveram os fundamentos para a organização do acesso à APS, dentre eles, o de sistemas de agendamento das pessoas usuárias aos serviços, com a realização do agendamento individual com hora marcada, onde os usuários são agendados para um

ponto específico de tempo determinado pela oferta dos profissionais, em geral, por atendimentos a cada 15 minutos, por exemplo, consultas médicas às 7,00 hs, às 7,15 hs, às 7,30 hs e, assim, sucessivamente. (Mendes EV, 2015; 2017).

Várias instituições têm adotado medidas para a promoção do acesso aos serviços de saúde da atenção primária a saúde. Na Inglaterra estimulam-se a utilização de tecnologia de informação na atenção primária à saúde para atendimentos à distância, e o uso dos atendimentos por telefone, por internet, e consultas por vídeo conferências (PCWC, 2015).

O acesso aos serviços de saúde são oportunidades que a população tem de buscar e obter serviços de saúde adequados, diante da necessidade de cuidados, e este acesso resulta em uma interface entre as especificidades da população adstrita, e as características físicas e sociais das unidades, e profissionais de saúde envolvidas (Mendes EV, 2017).

Todavia, para a efetivação destes serviços e a atenção de resultados satisfatórios da população atendida, tem-se a necessidade de superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, que podem advir do acesso efetivo aos serviços das unidades da população coberta por seguro saúde; da extensão da carteira de serviços; dos arranjos de financiamento; bem como, as barreiras territoriais, estruturais e organizacionais (Mendes EV, 2017).

Neste sentido, a APS deve estar preparada para a oferta de seus serviços, por meio de uma agenda elaborada pelas unidades de saúde, envolvendo seus profissionais e as suas diferentes formas de encontros clínicos como consultas individuais face a face, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados a grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância e outros (Mendes EV, 2012).

Destaca-se que na atenção primária à saúde, todos os profissionais envolvidos devem dar prioridade a mecanismos de acesso rápido como o atendimento em até dois dias da demanda efetiva, e uma resposta rápida para assegurar que a capacidade de oferta esteja alinhada com a demanda e, por conseguinte, atender aos objetivos da APS e dos preceitos do SUS (Mendes EV, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

A organização das agendas com hora marcada e já sair com consulta programada agendada, facilitou para os trabalhadores, corroborando com as propostas de Planificação da Atenção à Saúde que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS está executando junto às Secretarias Estaduais de Saúde no intuito de organizar a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde, por meio da proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2 CAMPOS RTO, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2014; 38(esp): 252-264. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>
- 3 CONILL EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2018; 31(4):1-13. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8779>
- 4 COSTA AM. Atenção básica de saúde: um estudo de caso na comunidade Novo Israel em Manaus. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*, São Paulo, 2019; 19(74):1-21. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.74.149>.

- 5 DIAS-DA-COSTA JS, et al. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2008; (42)2. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200800090000900002>
- 6 DIETRICH A, et al. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(5):1266-1271. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>
- 7 FERNANDES LCL, et al. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2009; 43(4). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>
- 8 FILIPPON J, et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2016;32(8):e00034716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716>
- 9 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=microdados>. Acesso em: 10 mar 2021.
- 10 IDF. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8. ed. In: Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.
- 11 JESUS WLA, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):161-170. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
- 12 LIMA SAV, et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2): 635-656. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
- 13 MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- 14 MENDES, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2
- 15 MENDES, EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2016.
- 16 MENDES, E. V. O Acesso à Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017.
- 17 MINAYO-GOMEZ C, THEDIM-COSTA SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso
- 18 OLIVEIRA MM, et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(1): 273-278. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>
- 19 PEREIRA SM, et al. Acessibilidade dos homens a unidade básica de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(2): 1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e108.2019>
- 20 PCWC. Primary Care Workforce Commission. The future of primary care: creating teams for tomorrow. London: Health Education England, 2015. 62 p. Disponível em: https://napc.co.uk/wp-content/uploads/2017/09/Future_of_primary_care.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.
- 21 SANTOS JC, MELO W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerai*, *Rev. Interinst. Psicol.*, 2018;11(1):79-98. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>
- 22 SEIDU, A. A. Mixed effects analysis of factors associated with barriers to accessing healthcare among women in sub-Saharan Africa: Insights from demographic and health surveys. *PLoS ONE*, 2021; 15(11): 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241409>
- 23 ZEGEYE, B.; et al. Breaking Barriers to Healthcare Access: A Multilevel Analysis of Individual- and Community-Level Factors Affecting Women's Access to Healthcare Services in Benin. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(2): 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020750>

5.2 Produto 2: Cartilha Educativa para o Autocuidado de Pacientes Diabéticos

No Apêndice A, apresenta-se o segundo produto desta pesquisa de mestrado, a *Cartilha Educativa para o autocuidado de pacientes diabéticos*.

5.3 Produto 3: Proposta de ser Capítulo de Livro “Construção e Validação de Cartilha Educativa do Autocuidado Apoiado para a Pessoa Com Diabetes”

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DO AUTOCUIDADO APOIADO PARA A PESSOA COM DIABETES.

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de construção e validação do conteúdo de uma cartilha para a pessoa com diabetes, para auxiliá-la no seu autocuidado. **Método:** Estudo metodológico, realizado para validação de uma cartilha com dois grupos, o primeiro com 8 juízes, formado por profissionais de uma equipe multidisciplinar: Assistente Social, Educador Físico, Endocrinologista, Enfermeira, Cirurgião Dentista, Médico da Família, Nutricionista e Psicóloga. O outro, com 08 usuários do serviço de saúde com diabetes de riscos alto e muito alto, que participaram do atendimento do autocuidado apoiado, tratando-se de uma amostra intencional. Os itens avaliativos da cartilha foram: objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura. **Resultados:** Entre os usuários das unidades de saúde que participaram da avaliação das cartilhas, 8(100%) concordam totalmente que a cartilha auxilia a ter comportamentos saudáveis; 7(87,5%) concordaram totalmente com os itens: números de ilustrações suficientes, conteúdo apresentado facilita a leitura e conteúdo esclarecedor; 6(75,0%) concordam totalmente com os itens: Ilustrações adequadas e auxiliam a leitura e apresentação da cartilha atrativa e 5(62,5%) concordam totalmente que a cartilha tem título atraente e desperta interesse e as ilustrações expressam a informação. Do total de 08 juízes participantes da pesquisa que analisaram os 39 itens referentes a cartilha, constituiu em uma média (desvio padrão) de 6,2(0,9) que concordam totalmente com construção e validação da cartilha. **Conclusão** A cartilha para o autocuidado de pessoas com diabetes *mellitus* foi validada por juízes e usuários com diabetes e poderá servir de suporte aos trabalhadores e aos portadores de diabetes, para que superem as dificuldades que permeiam o autocuidado para o controle da doença.

Descritores: Diabetes, Autocuidado, Equipe Interdisciplinar

INTRODUÇÃO

O Modelo de Atenção das Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2012), propõe modificações na forma que se dão os encontros clínicos entre equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AEE). Dentre elas destacamos a Atenção Contínua, que traz como resultado a elaboração de um plano de cuidados interdisciplinar,

trazendo subsídios para a construção em conjunto, pela equipe da APS e pelos usuários com diabetes, do seu plano de autocuidado apoiado.

A Atenção Contínua (AC), foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na Atenção Primária. É a proposta de atender os usuários de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde em um mesmo turno de trabalho (MENDES, 2012).

O Ciclo de Atenção Contínua realizada no Ambulatório de Especialidades da UAI São Jorge, se dá com a participação da equipe da Atenção Primária - Médico de Família, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, ACS; os profissionais da equipe multidisciplinar da APS - Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga; e os profissionais da Atenção Especializada - Endocrinologista, Cardiologista, Oftalmologista, estes de acordo com a condição crônica que estiver atendendo (RESENDE; ROCHA; BARRA, 2021)

Após o atendimento sequenciado, os profissionais da equipe da APS e AAE se reúnem para discutir o caso, e elaboram o plano de cuidados interdisciplinar. Definem entre os profissionais da equipe da APS, quem será o gestor do caso, responsável por pactuar com o usuário com diabetes, o seu plano de autocuidado apoiado, a partir da discussão do plano de cuidado interdisciplinar.

O Autocuidado Apoiado é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio, realizada pela equipe de saúde, com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança dos cidadãos em gerenciar suas condições de saúde. Gerar conhecimentos e habilidades para que consigam identificar os seus problemas, decidir e escolher as possíveis soluções; adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam com uma vida saudável (MENDES, 2012).

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e os usuários, mas o foco principal está em apoiar os usuários para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É por essa razão que se chama autocuidado apoiado, porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que os usuários empoderem-se em relação à sua saúde (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenção de apoio para aumentar a confiança e as habilidades dos usuários dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento

regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas, e o suporte para a solução desses problemas. (MENDES, 2012).

A decisão pelo autocuidado apoiado implica um usuário decidir sobre metas que deseja atingir; construir alternativas para atingir essas metas, elaborando um plano de ação; implantar o plano de ação; monitorar os resultados; fazer mudanças quando necessárias; e celebrar as metas realizadas. (MENDES, 2012)

O material educativo confeccionado é para ser utilizado como instrumento de apoio ao autocuidado apoiado ao usuário com diabetes, com o objetivo de melhorar o conhecimento da doença, a satisfação, adesão ao tratamento, e a mudanças de comportamento. O desafio é motivar os usuários a mudarem seus hábitos de vida e assumirem comportamentos saudáveis, porque existem aqueles que não conseguem alterar estes hábitos. Atualmente há muitas informações acessíveis sobre o benefício de comportamentos saudáveis e os riscos dos não saudáveis como o sedentarismo, tabagismo, baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Mas, conhecer não significa mudar, porque mudar comportamentos não é tão fácil.

Espera-se que este material de apoio, a cartilha, tenha um impacto positivo para os usuários com diabetes, independente do seu grau de instrução, pois, o mesmo terá ajuda de um profissional da saúde para compartilhar seu conteúdo, com uma comunicação clara, permitindo ao usuário com diabetes responder as perguntas que possam surgir e interagir com o profissional de saúde para a execução do seu plano de cuidado, com o objetivo de cumprir a meta pactuada.

É um trabalho desafiador, pois exige clareza nos objetivos educacionais para atingir o público-alvo. Tem que ser uma abordagem com a participação do usuário com diabetes, pois só assim é possível perceber sua real necessidade.

Para construir essa cartilha (APÊNDICE A), as autoras buscaram bibliografias e não encontraram a existência de nenhum material de ensino específico publicado relacionado a uma abordagem que contemplasse em um único documento, várias orientações importantes para o autocuidado para este agravo. Após constatarem a ausência desse material, as autoras resolveram construir a cartilha educativa para contemplar essa gama de ações de promoção que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida do usuário com diabetes.

A construção dessa cartilha educativa foi para ajudar no desenvolvimento de ações de autocuidado na Atenção Primária a Saúde como a alimentação saudável, a atividade física, o manejo do estresse, o uso de medicamentos, os cuidados diários com a saúde para manter a glicemia estabilizada, sem nenhuma complicação. Traz também esclarecimentos sobre os sinais e sintomas de baixo e alto nível da glicemia, e orientações a serem seguidas em ambas as

situações. Considerando a importância de todos esses aspectos, objetivou-se fazer uma descrição do processo de validação de uma cartilha educativa sobre autocuidado do usuário com diabetes.

No entanto, para maximizar a efetividade da utilização de novos materiais escritos sobre educação em saúde, é necessário conhecer os procedimentos de abordagem para validar o conteúdo.

METODOLOGIA

A pesquisa possui uma metodologia mista. Trata-se de um estudo quali-quantitativo e desenho exploratório, realizada no município de Uberlândia, desenvolvido para a construção e validação de uma cartilha educativa do autocuidado apoiado para o usuário com diabetes.

Esse material didático foi avaliado pelos Juízes e pelos usuários com diabetes que passaram pelo atendimento da Atenção Contínua e receberam um plano de cuidado.

O instrumento para coleta de dados constitui-se de um questionário com perguntas semiestruturadas. Devido as orientações da Organização Mundial de Saúde e os protocolos do Comitê de Enfrentamento ao Coronavírus do Município de Uberlândia, os questionários foram disponibilizados aos participantes via Google Forms. Os 8 juízes que são profissionais da Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada e que fazem parte da equipe do atendimento do autocuidado apoiado e 8 usuários com diabetes de alto e muito alto riscos, responderam ao questionário. Após a coleta de dados, os questionários foram digitados e tabulados em planilhas no Excell para a formatação de dados e sua interpretação.

As variáveis que compuseram o instrumento de coleta de dados foram: sexo, faixa etária; escolaridade; e se estava trabalhando no momento; e perguntas sobre a Cartilha de Autocuidado da Pessoa com Diabetes, sendo elas: O título é atraente e desperta interesse pela leitura? As ilustrações expressam a informação a ser transmitida? O número de ilustrações está suficiente? As ilustrações estão adequadas e auxiliam a leitura e a compreender a imagem? A apresentação da cartilha educativa está atrativa? O conteúdo está apresentado com letra que facilita a leitura do material? O conteúdo é esclarecedor? e Essa cartilha irá te auxiliar a ter comportamentos saudáveis?

Os formulários utilizados para avaliação dos juízes e do público-alvo aplicado nesta pesquisa baseou-se no instrumento validado por Gonçalves et al. (2019).

Além disso, sabendo-se que o termo legibilidade se refere aos itens de apresentação da cartilha como tamanho, cor, tipo de letra, alinhamento, espaçamento, quantidade de palavras, e

a apreensibilidade trata-se da facilidade da leitura, compreensão e apreensão do texto. A fim de assegurar a compreensão do autocuidado, dos diversos tipos de pacientes diabéticos na leitura da cartilha, a validação da mesma compreendeu a realização de técnicas métricas, através dos cálculos do índice de Facilidade de Leitura Flesch (FLF); e para a apreensibilidade, o teste Flesch Kincaid Anos de Escolaridade (FK), que permite a avaliação do documento (SILVA, 1985; DUBAY, 2007; LYRA, AMARAL, 2012). Utiliza-se do total de palavras pelo número total de frases, assim como do número médio de sílabas, dividindo-se o número de sílabas pelo número de palavras.

ETAPA 1 - Construção da Cartilha

A cartilha foi construída com conteúdo educativo de acordo com os seguintes itens: conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, motivação e aprendizagem. O que norteou a construção da cartilha foram os encontros do autocuidado apoiado, com a experiência de vivência da autora como tutora na Atenção Contínua da Uai São Jorge, localizada no setor sul da cidade.

O trabalho de *design* e diagramação das imagens foi realizado por um profissional de Designer Gráfico. As ilustrações são de bancos de imagens gratuitas e parte foram criadas especialmente para a cartilha (Figura 2). O formato é 14,8 x 21 cm fechada, papel couchê 90g. 4x4 cor. Possui 22 páginas, frente e verso, contendo: capa, contracapa, sumário. Na página dois está a introdução, com informação bem objetiva a quem destina esse material didático. A partir da terceira página, inicia a descrição de pontos relacionados com o autocuidado como alimentação saudável e seus benefícios para o controle da glicemia, depois a importância da atividade física, o manejo do estresse, uso correto das medicações, informações de como detectar os sinais e sintomas de baixo e alto nível de açúcar no sangue, e outros cuidados como cuidar dos pés, cuidados com a saúde bucal, cuidado com as vacinas e no final, orientações por onde começar esse autocuidado apoiado.

Figura 2: Capa e Introdução da Cartilha, Uberlândia, Minas Gerais-Brasil



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

ETAPA 2 - Validação da Cartilha

Nessa etapa, a cartilha foi avaliada por juízes convidados via *WhatsApp*, para fazerem parte desse processo. Foram convidados também o público-alvo, que eram usuários com diabetes de alto e muito alto riscos, que participaram da pesquisa do “Acesso aos serviços de saúde de diabéticos inseridos no mercado de trabalho” após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP-UFU), sob o parecer: 3.479.490. A coleta de dados da pesquisa quantitativa foi realizada no período de novembro de 2019 a março de 2020 nos turnos manhã e tarde nos horários das consultas já agendadas. Foi realizada aplicação de questionário, a fim de coletar dados sobre o acesso dos diabéticos trabalhadores aos serviços de saúde. Uma das perguntas do formulário era se a pessoa entrevistada tinha passado pelo autocuidado apoiado na atenção contínua. Dos 39 entrevistados na faixa etária de 18 a 60 anos inseridos nos mercados de trabalho formal e informal, 11 haviam passado por esse atendimento, desses, 8 se dispuseram a avaliar a cartilha e responder ao questionário (ANEXO A).

O processo de validação do material iniciou pela equipe multiprofissional, dentre eles, 1 assistente social, 1 cirurgião dentista, 1 educador físico, 1 endocrinologista, 1 enfermeira, 1 médico de família, 1 nutricionista e 1 psicóloga. Esses 8 profissionais foram os Juízes, por serem referência na área de interesse e por terem participado do atendimento do autocuidado apoiado de usuários com diabetes.

Para a realização da validação, os Juízes receberam o material educativo e 1 formulário (ANEXO B) com instruções relativas ao preenchimento do instrumento com itens avaliativos da cartilha, que correspondiam aos aspectos sobre objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, *layout*, motivação e cultura. Ao final do instrumento, solicitou-se o preenchimento do campo de observações e comentários gerais sobre a cartilha.

Realizou-se análise de validação do material educativo por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ANEXO C), que mede a proporção da concordância sobre determinado assunto em um instrumento. Foram feitas análises de cada item. As opções de respostas para avaliação foram em forma de escala tipo *Likert*. A pontuação da escala foi de cinco pontos: 1=concordo totalmente, 2=concordo, 3=neutro, 4=discordo, 5=discordo totalmente. Vale ressaltar que os domínios representantes do conteúdo são: objetivo, relevância e conteúdo. E os domínios que representam a aparência são: ilustração e linguagem. O formulário dos juízes e dos usuários, aplicado nesta pesquisa, baseou-se no instrumento validado por Gonçalves et al. em 2019.

ETAPA 3 - Cálculos dos índices de legibilidade e apreensibilidade

Após alterações realizadas pelos juízes, optou-se por verificar os índices de legibilidade e apreensibilidade. Para o primeiro, utilizou-se o índice de Facilidade de Leitura Flesch (FLF); e para o segundo, o teste Flesch Kincaid Anos de Escolaridade (FK), ambos calculados com base no número médio de sílabas por palavra (MSP) e o comprimento médio da frase (CMF) (LYRA, AMARAL, 2012).

Utilizou-se para o cálculo da FLF, a fórmula: $FLF = 206,835 - (1,015 * CMF) - (84,6 * MSP)$; e sua análise é feita em uma escala de 0 a 100, em que 0 indica baixa legibilidade e 100 indica que o texto apresenta alta legibilidade (LYRA, AMARAL, 2012). Neste índice obteve-se um valor de 41,35, indicando, de acordo com Cavique (2008) uma legibilidade aceitável.

Já o teste FK converte a apreensibilidade em anos de escolaridade. O resultado da fórmula tem valores entre 0 e 35, nos quais os mais próximos de zero indicam uma baixa

escolaridade para compreensão da cartilha, enquanto entre 30 e 35 indicam uma alta escolaridade. A fórmula utilizada foi: $FK = ([0,39 * CMF] + 11,8 * MSP) - 15,59$ (KINCAID et al., 1975). Assim, o valor FK foi 10,72, indicando que pessoas com baixa escolaridade são capazes de compreender o conteúdo da cartilha.

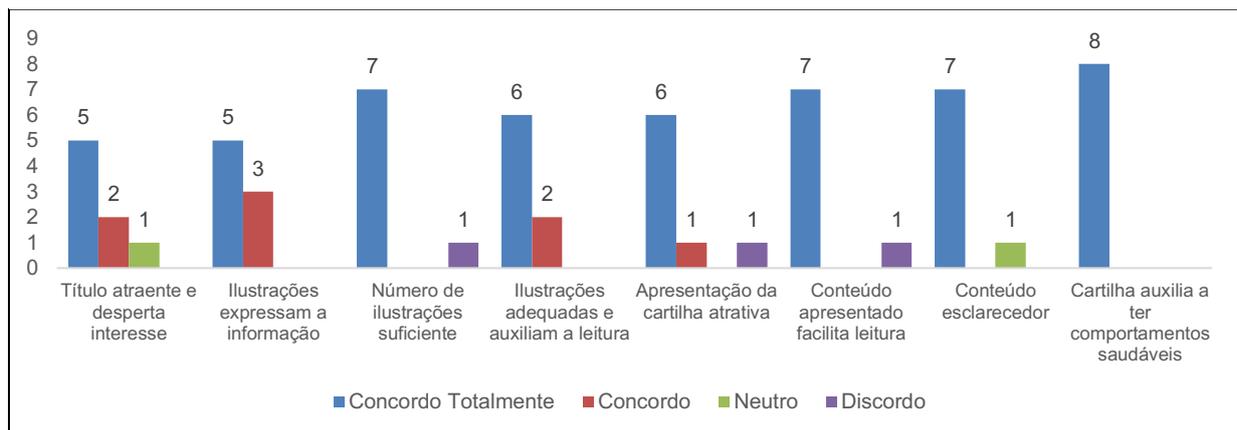
Para o cálculo das fórmulas de legibilidade e apreensibilidade, o número de palavras, sílabas e frases foi calculado através da plataforma Word Calc⁴ e do *software* Microsoft Word®. E, de forma manual, realizou-se o cálculo do comprimento médio da frase, dividindo o número.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 08 usuários e 08 juízes, que avaliaram a cartilha, conforme apresentado nos gráficos e tabelas abaixo.

Abaixo seguem os gráficos apresentando os dados das pessoas (usuários das unidades de saúde) participantes da pesquisa. Em relação às perguntas e respostas sobre a cartilha educativa, o Gráfico 1, a seguir mostra que a maioria dos participantes concordam totalmente com as questões inerentes a cartilha, destacando-se que todos (100%) concordam totalmente de que a essa cartilha irá auxiliá-los a ter comportamentos saudáveis.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo o nível de concordância nos itens da cartilha, Uberlândia, MG- 2020.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

De acordo com o Gráfico 1, 8 usuários, que participaram da pesquisa, concordam totalmente que a cartilha auxilia a ter comportamentos saudáveis. O total 7 usuários concordaram totalmente com os itens: Números de ilustrações suficientes, conteúdo apresentado facilita a leitura e conteúdo esclarecedor. Para 6 usuários concordam totalmente

⁴ Link de acesso para a plataforma: <http://www.wordcalc.com/>

com os itens: Ilustrações adequadas e auxiliam a leitura e apresentação da cartilha atrativa. Já na concepção de 5 usuários, eles concordam totalmente que a cartilha tem título atraente e desperta interesse e as ilustrações expressam a informação

Os juízes que participaram da avaliação da cartilha, totalizaram 08 participantes, que utilizaram instrumento contendo 39 perguntas sobre critérios avaliativos da cartilha, cuja avaliação constituiu em uma média (desvio padrão) de 6,2(0,9) que concordam totalmente, 1,6(0,9) concordam e 0,2(0,4) dos juízes ficaram neutro com relação aos itens avaliados.

Na Tabela 3 apresentam-se os dados dos 8 juízes participantes da validação desta cartilha.

Tabela 3: Distribuição da avaliação dos itens da cartilha, segundo os juízes, Uberlândia, MG-2020

PERGUNTAS DA AVALIAÇÃO	Concordo Totalmente	Concordo	TOTAL
ACERCA DOS OBJETIVOS DA CARTILHA	N	N	N
- Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM).	6	2	8
- A tecnologia educativa é capaz de promover reflexão sobre o autocuidado da pessoa com diabetes.	6	2	8
- Esta tecnologia educativa é uma ferramenta que pode ser utilizada na educação em saúde do paciente com DM.	7	1	8
- As informações contidas na tecnologia educativa podem promover mudança de comportamento e atitude.	8		8
SOBRE O CONTEÚDO DA CARTILHA			
- A tecnologia educativa é apropriada para pacientes com DM.	6	2	8
- A tecnologia educativa oferece informações sobre como realizar o autocuidado em pacientes diabéticos.	7	1	8
- A tecnologia educativa ressalta a importância dos cuidados para prevenir o aparecimento ou agravamento de complicações.	7	1	8
- O texto está apresentado de forma clara e objetiva.	6	2	8
- As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	5	2	8
- Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da tecnologia educativa.	7	1	8
- Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.	7	1	8
- A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.	6	2	8
- As ideias chaves são pontos importantes e merecem destaque.	7		7
SOBRE A LINGUAGEM DA CARTILHA			
- As informações apresentadas são claras e compreensivas.	7	1	8

PERGUNTAS DA AVALIAÇÃO	Concordo Totalmente	Concordo	TOTAL
- O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	5	3	8
- As informações estão bem estruturadas.	8		8
- As informações estão em concordância com a ortografia.	5	2	7
- A escrita utilizada é atrativa.	7	1	8
- O título da tecnologia educativa é interessante e adequado.	6	2	8
SOBRE A RELEVÂNCIA DA CARTILHA			
- Os temas retratam pontos chave que devem ser reforçados durante as consultas.	6	2	8
- A tecnologia educativa propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	6	1	7
- A tecnologia educativa aborda os assuntos necessários para a pessoa com DM.	5	3	8
- A tecnologia educativa está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	7		7
- O tema é atual e relevante.	7	1	8
ACERCA DAS ILUSTRAÇÕES DA CARTILHA			
- As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.	7	1	5
- As ilustrações expressam a informação a ser transmitida.	5	3	5
- O número de ilustrações está suficiente.	5	3	8
- As legendas das ilustrações estão adequadas e auxiliam o leitor a compreender a imagem.	6	2	8
ACERCA DO LAYOUT DA CARTILHA			
- A apresentação da tecnologia educativa está atrativa.	6	2	8
- A apresentação da tecnologia educativa está organizada de forma lógica.	7	1	8
- O conteúdo com essa letra facilita a leitura do material.	6	2	8
- O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	6	2	8
- A disposição do texto está adequada.	6	2	8
- O número de páginas está adequado.	6	2	8
SOBRE A MOTIVAÇÃO DA CARTILHA			
- O título é atraente e desperta interesse pela leitura.	5	2	7
- O conteúdo desperta interesse pela leitura.	5	3	8
- O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.	7	1	8
SOBRE A CULTURA DA CARTILHA			

PERGUNTAS DA AVALIAÇÃO	Concordo Totalmente	Concordo	TOTAL
- O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	6	2	8

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Em relação aos objetivos da cartilha, composto de sete itens, três itens tiveram concordância total de 6 juízes, enquanto 7 e 8 juízes concordaram totalmente com um item cada.

Concernente ao conteúdo da cartilha, foi composto por nove itens, sendo que a maioria, 07 juízes concordam totalmente com cinco itens, já 6 juízes concordaram totalmente com três itens e 05 juízes concordaram totalmente com um item.

Sobre a linguagem da cartilha, contendo seis itens, verifica-se que 8 juízes concordam totalmente com um item; 7 concordam totalmente dois itens; e 6 juízes concordaram totalmente com um item e por fim, e 5 concordam totalmente com dois itens.

Sobre a relevância da cartilha, tem-se que 7 e 6 juízes concordaram totalmente com dois itens cada, e 5 juízes concordaram totalmente um item.

Acerca das ilustrações da cartilha, 7 juízes concordam totalmente com um item, 6 concordam totalmente com um item e 5 concordam totalmente com dois itens.

Nas questões acerca do *Layout* da Cartilha, verifica-se que a maioria dos juízes, o total de 6, concordam totalmente em cinco itens, enquanto 7 juízes concordam totalmente com um item.

No quesito motivação da cartilha, observa-se que 5 juízes concordam com dois itens e 7 concordam totalmente somente com um item.

Por fim, sobre a cultura da cartilha, 6 juízes concordam totalmente que o material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.

Dos oito juízes que participaram da validação da cartilha dois fizeram sugestões; uma sugestão em relação ao café da manhã como principal refeição, que foi questionada por um profissional, que diz “ser relativo” e ser uma questão individual, porém não foi acatada por ter confirmação na literatura, inclusive de estudos internacionais, onde diz que o jantar menor e o café da manhã maior, pode reduzir os riscos de morte por diabetes DCV (HAN et al., 2020)

Pessoas com diabetes que comiam mais no jantar em comparação com o café da manhã, tinham maiores riscos de morte por diabetes e doenças cardiovasculares; no entanto, um modelo sugere que substituir 5% da ingestão total de energia no jantar pelo café da manhã, pode reduzir

os riscos de mortalidade, de acordo com os resultados publicados no Diabetes Care (SCHAFFER, 2020)

Um dos Juízes sugeriu algumas modificações, como: - inserir a imagem da caneta de aplicar insulina na contracapa da cartilha e no rodapé da introdução. Foi realizada a inserção da imagem.

No item “alimentos que você deve evitar ou ter cuidados”, nas páginas 6 e 7 da Cartilha, dois juízes sugeriram retirar a imagem da página 7, substituir por uma com alimentos integrais e reescrever o parágrafo com uma definição melhor de “carboidratos”. Foi feita a exclusão da imagem e inserção de outra, e o parágrafo foi reescrito com a definição sugerida.

Um juiz sugeriu no item do “Manejo do estresse”, na página 11, acrescentar mais um tópico: Meditação. Foi feito a inserção da palavra meditação e uma definição dessa técnica.

Quadro 2: Quadro Síntese da análise qualitativa das alterações sugeridas pelos juízes, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021

Sugestões dos juízes	Modificações realizadas
Inserir a imagem da caneta de aplicar insulina na contracapa da cartilha e no rodapé da introdução.	Foi realizada a inserção da imagem conforme sugestão.
O item do café da manhã como principal refeição do dia.	Não foi acatada por ter confirmação em novas bibliografias, inclusive de estudos internacionais. Foi acrescentado na cartilha essa pesquisa bibliográfica.
Dois juízes fizeram sugestão em relação aos alimentos ricos em carboidratos. Na página 07 - Retirar a gravura de bolo açucarado, pães, biscoitos doces, etc. substituir por outra com alimentos integrais. Definir melhor o que é carboidrato, alimentos que contém carboidrato.	A sugestão foi acatada, mudanças alteradas com nova imagem e parágrafo reescrito.
Em relação manejo do stress na página 11 inserir o item meditação e escrever uma breve explicação do objetivo dessa técnica	Foi inserida a palavra meditação e explicação da técnica.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

CONCLUSÃO

Este estudo construiu e validou a “Cartilha Educativa do Autocuidado Apoiado da Pessoa com Diabetes”. A participação dos juízes e dos usuários com diabetes na validação desse

instrumento foi fundamental para evitar dados imprecisos ou informações que não atendessem ao propósito deste instrumento.

O material servirá de suporte aos profissionais e usuários, para tirar possíveis dúvidas e dificuldades que permeiam o autocuidado.

Ressalta-se a importância de apresentar esse material do autocuidado apoiado para os usuários com diabetes, com o acompanhamento da equipe multiprofissional, pois pode aumentar a sua efetividade.

Mediante os resultados e sugestões dos juízes, o teste de confiabilidade e apreensibilidade, a validação desta cartilha foi uma ação efetiva, mostrando que este instrumento é válido e confiável como cartilha educativa em saúde, tendo como público prioritário os portadores de diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

- CAVIQUE, L. Legibilidade de artigos científicos: análise de dados da RCC. **Revista de Ciências da Computação**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 3, p. 59-65, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/255622170_Legibilidade_de_Artigos_Cientificos_Analise_de_Dados_da_RCC. Acesso em: 8 jul. 2021
- DUBAY, W. H. **Smart language**: readers, readability and the grading of text. California: Impact Information, 2007. Disponível em: <http://www.impact-information.com/impactinfo/newsletter/smartlanguage02.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- GONÇALVES, M. S. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para promoção da alimentação saudável entre pacientes diabéticos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, n. 7781, p. 1-9. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.7781>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- HAN, T. *et al.* The Association of Energy and Macronutrient Intake at Dinner Versus Breakfast With Disease-Specific and All-Cause Mortality Among People With Diabetes: The U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2014. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 43, n. 7, p. 1442-1448, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-2289>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- KINCAID, J. P. *et al.* Derivation of new readability formulas (Automated Readability Index, Fog Count and Flesch Reading Ease Formula) for Navy enlisted personnel. Flórida: University of Central Florida, 1975. Research Report. Disponível em: <https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=istlibrary>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- LYRA, D. A.; AMARAL, C. L. F. Apreensibilidade e legibilidade de artigos científicos de um periódico nacional. **Tekhne Logos**, Botucatu, v. 3, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.fatecbt.edu.br/seer/index.php/tl/article/viewFile/146/132.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

RESENDE, H. M.; ROCHA, M. S.; BARRA, R. P. Integração entre atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada: beneficiando pessoas com diabetes mellitus. **Revista IQG Science**, São Paulo, n. 2, p. 7-16, 2021. Disponível em: <https://www.iqgon.com.br/c%C3%B3pia-revista-science>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SCHAFFER, R. **Smaller dinner, bigger breakfast may reduce risks for death from diabetes, CVD**. [S. l], 2020. Disponível em: <https://www.healio.com/news/endocrinology/20200513/smaller-dinner-bigger-breakfast-may-reduce-risks-for-death-from-diabetes-cvd>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SILVA, R. S. **Diagramação: o planejamento visual gráfico na comunicação impressa**. São Paulo: Summus Editorial, 1985. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/svn0v>. Acesso em: 6 jul. 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a construção de três produtos finais: um artigo que será submetido a periódico da área de Saúde Coletiva, a proposta de um capítulo de livro dentro da temática de Saúde Coletiva e uma Cartilha Educativa que será destinada às unidades de saúde para acesso aos portadores de Diabetes Mellitus e demais interessados.

O estudo mostrou que as duas unidades de saúde participantes da pesquisa estão em conformidade com as propostas de Planificação da Atenção à Saúde que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde propõe.

A Planificação tem a proposta de mudanças na estrutura e nos processos básicos de organização dos cuidados primários, para que as equipes possam cumprir os atributos da Atenção Primária: Primeiro contato, longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da centralização nas famílias, da orientação comunitária e da competência cultural. Cumprir também as funções de responsabilização pela saúde da população de sua área de abrangência. Assumir a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, nas condições crônicas. Ela desenvolve a competência das equipes, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção, contribuindo para a satisfação dos usuários.

Já o segundo produto, a construção da cartilha foi pensada como um material educativo para ser utilizado como instrumento de apoio ao autocuidado apoiado ao usuário com diabetes. Ela contém informações que vão ajudar a conhecer um pouco mais a doença, o tratamento, a importância de mudanças de comportamento, motivar os hábitos de vida saudável. Espera-se que o material de apoio, no caso a cartilha, tenha um impacto positivo para os usuários, ajudando-os na execução do seu plano de cuidado, com o objetivo de cumprir a meta pactuada.

O terceiro produto foi a validação do conteúdo da cartilha que foi feito por Juízes que são os profissionais de uma equipe multiprofissional de referência na área de interesse e que participam do atendimento do autocuidado apoiado. Foram convidados também os usuários que foram atendidos na Atenção Contínua e receberam o plano de cuidado. Foi feito também o teste de confiabilidade e apreensibilidade da cartilha mostrando boa compreensão do conteúdo mesmo para pessoas com baixa escolaridade.

A realização da construção e validação da cartilha educativa, recebeu avaliação favorável dos juízes e usuários que participaram do processo, com a finalidade de auxiliá-los no seu autocuidado.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
- ALVES, D. P. O papel do enfermeiro com os clientes diabéticos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 115-136, ago. 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/clientes-diabeticos>. Acesso em: 3 jan. 2020.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, New York, v. 36, p. 1-10, 1995. DOI: <https://doi.org/10.2307/2137284>
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>
- BARBOSA, E. J. L. Papel da atividade física no tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Centro de Diabetes Curitiba**, Curitiba, 2013. Disponível em: www.centrodediabetescuritiba.com.br/artigos/papel-da-atividade-fisica-no-tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-2. Acesso em: 7 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 5 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional: tendências e desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 5 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 4 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PCATool-Brasil: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 8 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 36**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo (2015-2017). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 252-264, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>

CAVIQUE, L. Legibilidade de artigos científicos: análise de dados da RCC. **Revista de Ciências da Computação**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 3, p. 59-65, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/255622170_Legibilidade_de_Artigos_Cientificos_Analise_de_Dados_da_RCC. Acesso em: 8 jul. 2021

CLEMENTS, D.; DAULT, M.; PRIEST, A. Effective teamwork in healthcare: research and reality. **HealthcarePapers**, Toronto, v. 7, n. special issue, p. 26-34, 2007. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2013.18669>

COLABORAR com o seu médico. Paço de Arco, 2017. Disponível em: <https://controlardiabetes.pt/controlo-da-diabetes/colaborar-com-o-seu-medico>. Acesso em: 7 jul. 2020.

CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8779>

COSTA, A. M. Atenção básica de saúde: um estudo de caso na comunidade Novo Israel em Manaus. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 74, p. 1-21, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.74.149>.

COTRAN, S. R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. Pâncreas. *In*: COTRAN, S. R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. cap. 17.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. In: CAVALCANTI, A. M. (org.). Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Caderno-de-Exercicios-para-Usua%CC%81rios.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. In: CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (org.). Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

DEJOURS, C.; MOLINIER, P. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo, 2004. v. 15.

DIETRICH, A. *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>.

DIAS, V. F. **O papel da nutrição na prevenção e controle do Diabetes Mellitus**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.eusemfronteiras.com.br/o-papel-da-nutricao--na-prevencao-e-controle-do-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 7 jul. 2020.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. supl. 2, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200800090000900002>

DIMA, R. I. Reflexos dos Cuidados da Diabetes Mellitus nas relações familiares: impactos, limites e estratégias. **Em Debate**, Florianópolis, v. 2, n. 11, p. 1-31, 2013. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26878/26878.PDF>. Acesso em: 7 jul. 2020.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. 3rd ed. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUBAY, W. H. **Smart language**: readers, readability and the grading of text. California: Impact Information, 2007. Disponível em: <http://www.impact-information.com/impactinfo/newsletter/smartlanguage02.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

ESPAÑA. Laboral Social. **El Real Decreto-Ley 16/2012**. Una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud. España: Laboral Social, 2012. Disponível em: <https://www.laboral-social.com/reforma-sanidad%20-2012-asistencia-sanitaria-beneficiario-farmacos-copago-medicamentos-profesionales-sanitarios.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>

FILIPPON, J. *et al.* A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. e00034716, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **O SUS**. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 22 jun. 2020.

FURQUIM, F. Entenda a relação entre diabetes e problemas bucais. **Sorrisologia**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.sorrisologia.com.br/noticia/diabetes-e-problemas-bucais-entenda-a-relacao_a317/1. Acesso em: 7 jul. 2020.

GONÇALVES, M. S. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para promoção da alimentação saudável entre pacientes diabéticos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, n. 7781, p. 1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.7781>

GUIMARÃES, A. M. D. N.; CAVALCANTI, C. B. C.; LINS, Z. S. (org). **Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2018. (CONASS Documenta, v. 31). Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>. Acesso em: 7 jul. de 2020.

HAN, T. *et al.* The Association of Energy and Macronutrient Intake at Dinner Versus Breakfast With Disease-Specific and All-Cause Mortality Among People With Diabetes: The U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2014. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 43, n. 7, p. 1442-1448, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc19-2289>

INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access: getting to now**. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Brasília, DF: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=27258&t=sobre>. Acesso em: 10 mar. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf. Acesso em: 7 jul. 2020.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>

KINCAID, J. P. *et al.* Derivation of new readability formulas (Automated Readability Index, Fog Count and Flesch Reading Ease Formula) for Navy enlisted personnel. Flórida: Universit of Central Florida, 1975. Research Report. DOI: <https://doi.org/10.21236/ADA006655>

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

LAURELL, A. C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LENZI, M. A. **Papel do farmacêutico no controle glicêmico do paciente diabético. Associação Nacional de Atenção ao Diabetes**. [S. l], 2021. Disponível em: <https://www.anad.org.br/papel-do-farmacaceutico-no-controle-glicemico-do-paciente-diabetico/>. Acesso em: 7 jul. 2020.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>

LYRA, D. A.; AMARAL, C. L. F. Apreensibilidade e legibilidade de artigos científicos de um periodico nacional. **Tekhne Logos**, Botucatu, v. 3, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.fatecbt.edu.br/seer/index.php/tl/article/viewFile/146/132.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 17-32, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060003>

MARX, K. **O capital: livro I**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, E. V. **A complexidade da demanda na atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2014.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 7 jul. 2020.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2016.

MENDES, E. V. **O Acesso à Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 7 jul. 2020.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO-GOMEZ C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **What is Diabetes**. Bethesda: NIDDK: NIH, 2016. Disponível em: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>. Acesso em: 6 jul. 2020.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF: OMS, 2003. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde: Declaração Alma Ata**. [URSS]: OPAS/OMS, 1978. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413593>

PEREIRA, M. M. S.; ROCHA, M. S.; BARRA, R. P. A introdução de novas tecnologias para o manejo das condições crônicas na UBSF Santa Luzia, no município de Uberlândia/MG. *In*: LINS, M. Z. S. (org.). **Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2020. p. 167-169. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-36-estudos-sobre-a-planificacao-da-atencao-a-saude-no-brasil-2008-a-2019-uma-revisao-de-escopo/>. Acesso em: 6 jul. 2020.

PEREIRA, S. M. *et al.* Acessibilidade dos homens a unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e108.2019>

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, Philadelphia, v. 19, p. 127-41, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care**: creating teams for tomorrow. London: Health Education England, 2015. Disponível em: https://napc.co.uk/wp-content/uploads/2017/09/Future_of_primary_care.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

RESENDE, H. M.; ROCHA, M. S.; BARRA, R. P. Integração entre atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada: beneficiando pessoas com diabetes mellitus. **Revista IQG Science**, São Paulo, n. 2, p. 7-16, 2021. Disponível em: <https://www.iqgon.com.br/c%C3%B3pia-revista-science>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João Del Rei, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>

SCHAFFER, R. **Smaller dinner, bigger breakfast may reduce risks for death from diabetes, CVD**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.healio.com/news/endocrinology/20200513/smaller-dinner-bigger-breakfast-may-reduce-risks-for-death-from-diabetes-cvd>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. cap. 4, p. 111-134. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf. Acesso em: 6 jul. 2020.

SEIDU, A. A. Mixed effects analysis of factors associated with barriers to accessing healthcare among women in sub-Saharan Africa: Insights from demographic and health surveys. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 11, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241409>

SILVA, R. S. **Diagramação**: o planejamento visual gráfico na comunicação impressa. São Paulo: Summus Editorial, 1985. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/svn0v>. Acesso em: 6 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Autocuidado e Diabetes em tempos de COVID-19**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em https://www.diabetes.org.br/data/e-book/Autocuidado_e_Diabetes_em_tempos_de_COVID_19_Ebook_SBD.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados com os pés em pessoas diabéticas em tempos de Covid-19**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em:

<https://diabetes.org.br/e-book/cuidados-com-os-pes-em-pessoas-com-diabetes/>. Acesso em: 6 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

STOPA, S. R. *et al.* Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, e190057, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190057>

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria de Saúde. **Unidades de Atendimento**. Uberlândia: Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2021. Disponível em <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/unidades-de-atendimento-em-saude>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WAGNER, E. H. Population-based management of diabetes care. **Patient Education and Counselling**, Sidney, v. 26, p. 225-230, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00761-Nli](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00761-Nli)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Noncommunicable Disease Surveillance. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, Department of Noncommunicable Disease Surveillance, 1999. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **European Office for Integrated Health Care Services**: Workshop on Integrated Care. Barcelona: WHO Integrated Care Meeting, 2001.

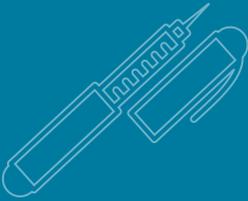
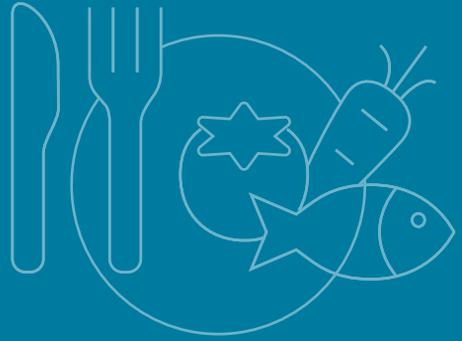
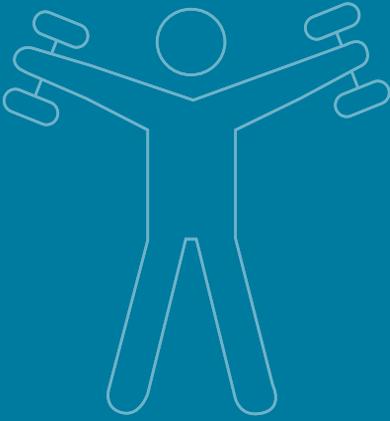
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes**. Geneva: WHO Press, 2016.

ZEGEYE, B. *et al.* Breaking Barriers to Healthcare Access: A Multilevel Analysis of Individual- and Community-Level Factors Affecting Women's Access to Healthcare Services in Benin. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 1-15, 2021. DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph18020750>

**APÊNDICE A - CARTILHA EDUCATIVA DO AUTOCUIDADO APOIADO DA
PESSOA COM DIABETES**

*Autocuidado da
pessoa com*
DIABETES





Índice

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	03
ALIMENTOS QUE VOCÊ DEVE EVITAR OU TER CUIDADOS.....	06
ATIVIDADES FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS.....	08
MANEJO DO ESTRESSE.....	10
USO DE MEDICAMENTOS.....	12
A MEDIDA DE AÇUCAR NO SANGUE	14
SINAIS E SINTOMAS DE BAIXO E ALTO NÍVEL DE AÇUCAR NO SANGUE	16
OUTROS CUIDADOS.....	18
POR ONDE COMEÇAR.....	22

Introdução

Queremos compartilhar esta cartilha com você!

O diabetes é uma doença que necessita de cuidados e você pode ter uma vida saudável mesmo sendo uma pessoa com diabetes. Para isto muitas vezes é necessário substituir alguns comportamentos e adquirir novos hábitos saudáveis.

Sempre que precisar, procure auxílio na sua UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família). A equipe de saúde tem profissionais capacitados que podem lhe auxiliar na busca pelo seu bem-estar.

Comportamentos e hábitos saudáveis são importantes para a manutenção de sua saúde, e evitam complicações do diabetes.

É muito importante pensar sobre nosso estilo de vida atual e assumir hábitos mais saudáveis.

A forma como nos alimentamos, realizamos atividade física e manejamos o estresse são muito importantes para a nossa saúde.

Entenda como comportamentos e hábitos saudáveis podem ajudar para a manutenção da saúde.





Alimentação saudável

A forma como você se alimenta é muito importante para o controle da doença. Por isso, é necessário que você adquira ou mantenha hábitos alimentares saudáveis.

Prefira uma alimentação bem variada, composta por alimentos in natura, que colaborem para estabilizar a quantidade de açúcar no sangue.

Passos para que sua alimentação ajude a controlar a diabetes

- Procure não ficar mais de 3 horas sem se alimentar. Comer em intervalos menores evita ingestão abusiva de alimentos num único horário, que pode levar ao aumento de açúcar no sangue (hiperglicemia).
- Faça suas refeições nas horas certas, isto evita que você sinta muita fome na próxima refeição.
- **O café da manhã** é a principal refeição para todas as pessoas, especialmente para pessoas com diabetes. Cuide bem deste momento.

O ideal são 06 refeições diárias:



- | | |
|----------------|-----------------|
| 1 ^a | Café da manhã |
| 2 ^a | Lanche da manhã |
| 3 ^a | Almoço |
| 4 ^a | Lanche da tarde |
| 5 ^a | Jantar |
| 6 ^a | Lanche da noite |
-

Alimentos saudáveis

As frutas são essenciais na dieta de quem tem diabetes e aquelas que têm bagaço são ainda melhores, pois são ricas em fibras, que conferem maior saciedade e equilibram a glicose no sangue.



A banana, porque é uma fruta rica em fibras e minerais, como potássio e magnésio.



Maçã concentra na casca uma fibra chamada pectina, importante para o controle da glicemia e para redução do mau colesterol. A maçã ainda tem baixo índice glicêmico.



Substitua o leite integral pelo desnatado, que tem menos gordura. O mesmo vale para os derivados: Queijo minas frescal, iogurte light, ricota e requeijão light, cream cheese light, creme de leite light, leite fermentado light etc.



A carne vermelha é muito importante na dieta, por causa da grande quantidade de proteínas, ferro e vitamina B12. Mas prefira os cortes magros, que possuem menos gordura saturada, como o lagarto, o patinho e a alcatra.



Entre as carnes brancas, o peixe é o mais indicado, especialmente o salmão e a sardinha, fontes de ômega 3.



Legumes e verduras variadas, um prato bem colorido é sinônimo de riqueza de nutrientes, como fibras, vitaminas, minerais e antioxidantes.

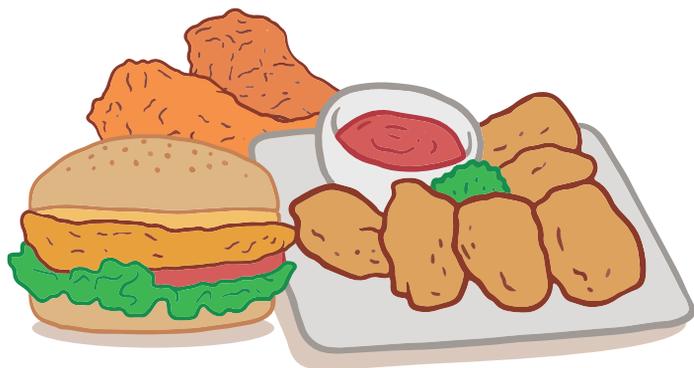


Leguminosas como feijão, a lentilha e o grão-de-bico. Eles ajudam a evitar as oscilações nos níveis de glicose no sangue, além de serem fontes de fibras solúveis, antioxidantes, vitaminas e proteínas.



A aveia é rica em uma fibra solúvel chamada beta-glucana, que aumenta a sensibilidade à insulina e evita os picos de açúcar no sangue

Mas não se esqueça que deve ser dentro de uma dieta equilibrada e a nutricionista deve indicar qual a quantidade que pode ser consumida semanalmente.



Alimentos que você deve evitar ou ter cuidados

O consumo de sal deve ser o menor possível. Isso porque o sódio faz com que o coração bombeie sangue mais rapidamente e retém líquido no corpo, levando a um aumento da pressão sanguínea.

Frituras devem ser deixadas de lado para dar lugar a alimentos assados e grelhados.

Os produtos diet devem ser consumidos com moderação sob orientação de um nutricionista, porque também possuem carboidratos, que elevam o açúcar no sangue.

Pela definição, os alimentos diet se destinam a grupos populacionais com necessidades específicas e significa que o produto é isento de um determinado nutriente. Na maioria dos produtos, os diets são sem açúcar, mas é importante comprovar se o nutriente retirado foi mesmo o açúcar, e não gordura, sódio ou outro componente. Além disso, os produtos dietéticos sem adição de açúcar podem conter outras formas de carboidratos que também interferem na glicemia.



O carboidrato é a principal fonte de energia que o nosso corpo utiliza. Os alimentos ricos em carboidratos podem estar nas refeições, mas seu consumo deve ser moderado. São eles: pães, torradas, biscoitos, bolos, arroz, milho, massas (macarrão), farinhas (milho, mandioca, trigo), polenta, farofas, mandioca, cará, inhame e batatas inglesa e salsa) O ideal é dar preferência aos alimentos integrais.



Evite consumir frutas em forma de suco. Durante o preparo são usadas muito mais frutas para uma porção. Além disso, as fibras ficam de lado nesse tipo de preparação e são elas que ajudam a diminuir a absorção do açúcar pelo organismo.



Evite consumir bebidas alcoólicas porque podem ter açúcar e o álcool interfere temporariamente na quantidade de açúcar no sangue (glicemia), podendo provocar hipoglicemia e desidratação.



Fumo e diabetes não combinam. A nicotina interfere na ação da insulina, elevando os níveis de glicose no sangue. O cigarro também diminui o apetite, além de piorar o olfato e paladar, podendo interferir no controle adequado da alimentação, dificultando ainda mais o controle da diabetes.

Na sua unidade de saúde existe grupos para quem deseje para de fumar.



Atividades física e práticas corporais

Práticas corporais e atividade física melhoram o controle do diabetes, e tem algumas atividades que podem ser feitas no seu deslocamento para o trabalho, como ir a pé ou de bicicleta. Caso precise de transporte público, desça 2 ou 3 quarteirões e acabe de chegar no seu destino a pé. Se durante suas tarefas precisar subir de elevador, prefira as escadas. Nas atividades domésticas e de lazer, fazer algo agradável, como atividades recreativas junto com a família e com os amigos, pois melhora a qualidade de vida e o desempenho tanto no trabalho como em casa.

Algumas dicas para você fazer atividades físicas:

- Converse com sua equipe de saúde antes de iniciar uma nova rotina de atividade física. Ela vai propor uma meta individualizada, iniciando programas curtos que serão ajustados ao longo do tempo.



- Beba água antes, durante e após o exercício para se manter bem hidratado.

• A atividade física pode causar queda de açúcar no sangue. Para evitá-la, alimente-se antes do exercício físico, preferindo um carboidrato integral associado a proteína. A nutricionista poderá ajudar na orientação desses alimentos para que o nível do açúcar no sangue seja mantido ideal.



- A Hipoglicemia pode ocorrer durante, ou até 24 horas após a atividade física, quando intensa.

• Se você faz uso de insulina em horários próximos a prática de exercícios físicos, não aplicar nos locais quem serão exercitados, por exemplo: se for fazer caminhada, corrida, ciclismo não aplicar na coxa, pelo risco de hipoglicemia.

Por isso é muito importante ter avaliação de um profissional de Educação Física, ele está preparado para te ajudar. Busque este profissional na sua unidade de saúde.



Manejo do estresse

O estresse é um recurso do nosso organismo para nos alertar sobre situações de ameaça. Quando você está sob estresse, percebe repercussões no seu pensamento, emoções, corpo e comportamento. Por isso, é muito importante estar ciente de quando você está estressado, para priorizar atividades que irão ajudá-lo a controlar este estado.

Lidar bem com o estresse do dia a dia melhora a saúde em geral, favorece a sensação de bem-estar e auxilia no controle de condições crônicas como o diabetes.

Algumas dicas relacionadas ao manejo do estresse:

- Aprender a resolver preocupações e problemas (agentes estressores);
- Administrar melhor o tempo;

- Fazer coisas prazerosas com mais frequência;
- Praticar atividades de relaxamento como respiração profunda e pausada;
- Praticar Meditação, essa técnica ajuda a aliviar o estresse e a ansiedade da vida diária;
- Exercitar pensamentos confortantes como “está tudo bem” ou “consegurei superar” e buscar a companhia de outras pessoas para compartilhar experiências.

Se você achar que seu estresse e suas reações interferirem significativamente em sua vida diária por vários dias seguidos, procure o psicólogo de sua unidade de saúde que ele poderá te ajudar caso você sinta necessidade.



Uso de Medicamentos

Sua medicação vai depender do tipo de diabetes que você tenha.

Caso tenha diabetes tipo 1

O seu pâncreas não produz insulina. Por esse motivo, você sempre terá que injetar a insulina prescrita. Essa é a única forma de controlar o diabetes.

Caso tenha diabetes tipo 2

Poderá ter de tomar a insulina prescrita quando a glicose no sangue continuar elevada, mesmo tomando os comprimidos prescritos, e depois de tentar outras formas de controlar a glicose no sangue sem obter os resultados desejados.

É importante que você use corretamente a medicação de acordo com a indicação médica, incluindo quando e como tomar.

Não use nenhum medicamento que não seja indicado pelo seu médico.

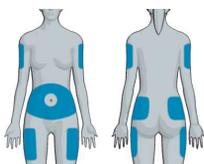
Começar a tomar insulina não é um sinal de que falhou no controle do seu diabetes. O diabetes tipo 2 tende a mudar ao longo do tempo e, por isso, poderá exigir mudanças no regime de tratamento.

Cuidados com a insulina



- A insulina deve ser guardada na geladeira. A porta da geladeira **NÃO** é indicada para o armazenamento, pois com as frequentes aberturas da porta causam variação de temperatura, podendo danificá-las. O local mais adequado para armazenar as insulinas em geladeira doméstica, são as prateleiras do meio para baixo, próxima ou na gaveta de verduras).
- Retirar a insulina da geladeira 30 minutos antes, para que fique na temperatura adequada para aplicação, pois este procedimento diminui a dor no momento de aplicação.
- Seringa 50U/mL ou 100U/mL, com agulha acoplada para aplicação de insulina 01 (uma) seringa com agulha acoplada por dia, sendo 30 (trinta) a cada mês, serão consideradas até 03 (três) aplicações por seringa.

- Se possível utilize preferencialmente canetas aplicadoras de insulina. Os fabricantes não recomendam guardar a caneta recarregável em geladeira, para prevenir danos no mecanismo interno e interferência no registro da dose, ela deve ser mantida em temperatura ambiente. Já as canetas descartáveis, podem ser armazenadas em geladeira ou temperatura ambiente.
- As agulhas e seringas utilizadas na aplicação da insulina devem ser levadas em garrafas pet para serem descartadas na sua unidade de saúde.



- Mude os locais de aplicação da insulina. Usar a mesma área por muito tempo pode provocar caroços ou depósitos de gordura extra, formando nódulos. Essas lesões não são apenas feridas, mas também podem alterar a forma como a insulina é absorvida, tornando mais difícil manter o controle glicêmico.

O Farmacêutico de sua unidade de saúde pode te orientar e esclarecer suas dúvidas sobre o remédio que foi prescrito e como usar a insulina.

A medida de açúcar no sangue

É importante que você controle seus níveis de açúcar no sangue, pois níveis muito altos por longos períodos aumentam o risco de complicações do diabetes.

Como medir o açúcar no sangue

- Lave as mãos com água e sabão ou use álcool 70° líquido no

local da punção e secar bem antes do teste de glicemia.

- Higienize seu aparelho antes e depois do uso com álcool 70° líquido e um lenço de papel. Não passe no compartimento da pilha e orifício das tiras, eles não podem umedecer.
- Observe a validade das tiras reagentes e o armazenamento correto, longe do sol e da umidade.
- Veja com sua equipe de saúde a periodicidade da realização dos seus testes.
- Os níveis de glicose no sangue têm um grau de interpretação para cada pessoa e você deve discutir isso com sua equipe de saúde.

**Qualquer alteração de sua glicemia
procure sua equipe na unidade de saúde.**



Sinais e sintomas de baixo e alto nível de açúcar no sangue

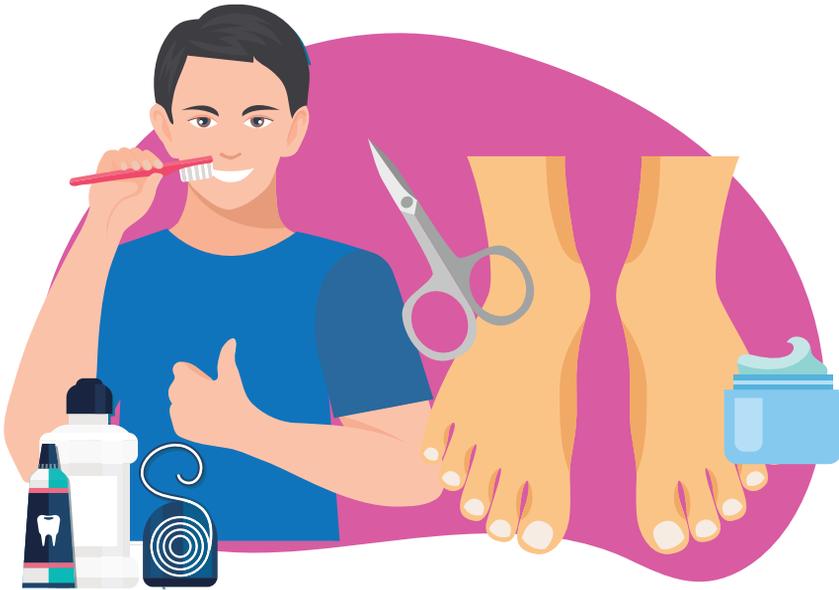
Você deve se preocupar tanto com os níveis baixos de açúcar no sangue, como com os níveis altos.

Hipoglicemia ocorre quando os níveis de açúcar no sangue estão baixos. Você pode ter sensação de tremores, fraqueza, fome, suor frio, nervosismo e/ou sonolência, dificuldade de raciocínio, confusão mental, agressividade ou desmaio. Em geral os sintomas acontecem ao mesmo tempo.

Hiperglicemia ocorre quando os níveis açúcar no sangue estão altos, causando excesso de urina e vontade frequente de urinar e aumento da sede, fome, perda de peso, fadiga e visão turva.

Dependendo do nível de glicemia deve-se ingerir de 15 a 30 gramas de carboidratos.

Entre 54-70 mg/dt	Abaixo de 54mg/dl <i>(Com capacidade de deglutição)</i>	Abaixo de 54mg/dl <i>(Sem capacidade de deglutição)</i>
Utilizar 15 gramas de carboidratos simples, sendo uma porção descrita abaixo	Utilizar 30 gramas de carboidratos simples, sendo uma porção descrita abaixo	Aplicação de Glucagon subcutâneo ou intramuscular
<ul style="list-style-type: none">• 150ml de refrigerante comum;• 150ml de suco de laranja;• 03 balas moles (sem chocolate);• 01 colher de sopa de açúcar na água;• 01 colher de sopa de mel ou 3 saches de mel.	<ul style="list-style-type: none">• 02 colheres de sopa de açúcar na água;• 02 colheres de sopa de mel ou 6 saches de mel. <p><i>*Aguardar 15 minutos, refazer o teste de glicemia e repetir a porção, caso ainda não tenha se elevado</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Assim que recupera a consciência e deglutição, fazer um lanche <p><i>*Solicitar orientação à equipe de saúde a dose que deverá ser administrada neste caso</i></p>



Outros cuidados

Cuidados com a saúde bucal

O diabetes pode influenciar na saúde da boca, assim como as doenças da cavidade oral podem prejudicar o controle da glicemia.

A doença periodontal pode dificultar o controle do diabetes e acontece de duas formas:

- **Gengivite:** é um estágio inicial da doença gengival e se caracteriza por gengivas vermelhas, inchadas ou flácidas e que podem sangrar durante a escovação ou o uso do fio dental.
- **Periodontite:** é a progressão da gengivite não tratada. Há

lesão de estruturas que envolvem e sustentam os dentes, atingindo a gengiva, o osso da boca e a raiz do dente. Cuidar da saúde bucal é muito importante para evitar que você tenha gengivite ou periodontite:

Algumas dicas relacionadas aos cuidados com a saúde bucal:

- Escovar os dentes após as refeições, usar o fio dental, fazer a higiene da prótese dentária, caso use.
- Visitar a equipe de saúde bucal regularmente.
- Em caso de sangramento da gengiva procurar a equipe de saúde bucal de sua unidade de saúde o mais rápido possível.

A equipe de saúde bucal de sua unidade de saúde poderá esclarecer todas as suas dúvidas e te ajudar.

Cuidados com os pés

Quem tem diabetes precisa ter um cuidado especial com a saúde dos pés, pois a doença pode causar insensibilidade nas extremidades. Além disso, as altas taxas de açúcar no sangue afetam a capacidade do organismo em combater uma eventual infecção e prejudicam a cicatrização de um ferimento. Portanto, um machucado no pé de uma pessoa com diabetes pode se tornar um problema muito grave.

Algumas dicas relacionadas aos cuidados dos pés



- Toque e observe bem seus pés todos os dias, prestando atenção se há cortes, hematomas, edema ou alguma área mais sensível.



- Lave os pés diariamente com água morna.



- Seque-os com cuidado, especialmente entre os dedos, área que costuma ficar mais úmida.



- Use hidratante, mas evite passá-lo entre os dedos.

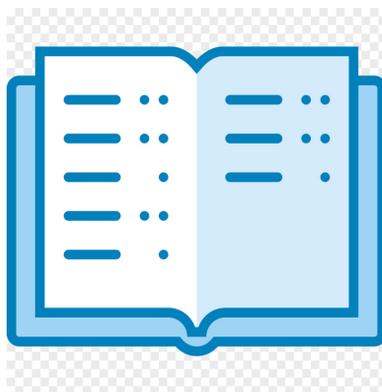


- Use calçados confortáveis, nunca fique descalço. Uma simples batida no dedão pode se transformar em uma úlcera ou algo mais grave.



- Meias limpas de preferência claras (brancas) que não estejam furadas nem tenham costuras que possam machucá-lo.

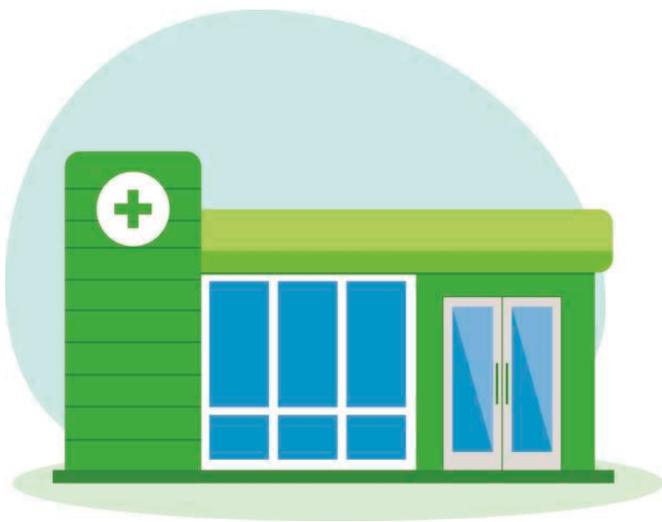
Se você tiver um ferimento nos pés é essencial tratá-lo o mais cedo possível. Procure sua unidade de saúde. Sua equipe saberá como ajudá-lo.



Cuidados com suas vacinas:

- As pessoas com diabetes devem ser vacinadas de acordo com o calendário vacinal vigente.
- É importante estar com seu cartão de vacina em dia. Procure a sua Unidade de Saúde para atualizar seu cartão de vacina.

Algumas vacinas exigem um relatório especial para serem liberadas a pessoa com diabetes, se informe sobre isto.



Por onde começar

Caso você necessite de ajuda para mudar seu comportamento e queira orientação sobre hábitos saudáveis melhora do estilo de vida, objetivando evitar as complicações do diabetes, veja algumas dicas importantes:

- Procure a sua equipe de saúde e participe das ações de autocuidado apoiado.
- Com o apoio da equipe de saúde, faça a pactuação do seu plano de autocuidado apoiado.
- Coloque o seu plano de autocuidado em prática, sempre com o apoio de sua equipe.
- Você não está sozinho! Há sempre perto de você uma equipe capacitada pronta para auxiliar! Juntos somos mais fortes na luta contra o diabetes

Bibliografia

ALVES, D. P. O papel do enfermeiro com os clientes diabéticos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 115-136, ago. 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/clientes-diabeticos>. Acesso em: 3 jan. 2020.

BARBOSA, E. J. L. Papel da atividade física no tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Centro de Diabetes Curitiba, Curitiba, 2013. Disponível em: www.centrodediabetescuritiba.com.br/artigos/papel-da-atividade-fisica-no-tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-2. Acesso em: 7 jul. 2020.

COLABORAR com o seu médico. Paço de Arco, 2017. Disponível em: <https://controlaradiabetes.pt/controlo-da-diabetes/colaborar-com-o-seu-medico>. Acesso em: 7 jul. 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. In: CAVALCANTI, A. M. (org.). Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Caderno-de-Exercicios-para-Usua%CC%81rios.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. In: CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (org.). Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

DIAS, V. F. O papel da nutrição na prevenção e controle do Diabetes Mellitus. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.eu-semfronteiras.com.br/o-papel-da-nutricao--na-prevencao-e-controle-do-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 7 jul. 2020.

DIMA, R. I. Reflexos dos Cuidados da Diabetes Mellitus nas relações familiares: impactos, limites e estratégias. Em Debate, Florianópolis, v. 2, n. 11, p. 1-31, 2013. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26878/26878.PDF>. Acesso em: 7 jul. 2020.

FURQUIM, F. Entenda a relação entre diabetes e problemas bucais. Sorrisologia, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.sorrisologia.com.br/noticia/diabetes-e-problemas-bucais-entenda-a-relacao_a317/1. Acesso em: 7 jul. 2020.

HAN, T. et al. The Association of Energy and Macronutrient Intake at Dinner Versus Breakfast With Disease-Specific and All-Cause Mortality Among People With Diabetes: The U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2014. Diabetes Care, [s. l.], v. 43, n. 7, p. 1442-1448, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-2289>. Acesso em: 7 jul. 2020.

LENZI, M. A. Papel do farmacêutico no controle glicêmico do paciente diabético. Associação Nacional de Atenção ao Diabetes. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.anad.org.br/papel-do-farmacaceutico-no-controle-glicemico-do-paciente-diabetico/>. Acesso em: 7 jul. 2020.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. What is Diabetes. Bethesda: NIDDK: NIH, 2016. Disponível em: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>. Acesso em: 6 jul. 2020.

SCHAFFER, R Smaller dinner, bigger breakfast may reduce risks for death from diabetes, CVD. [S .I], 2020. Disponível em; <https://www.healio.com/news/endocrinology/20200513/smaller-dinner-bigger-breakfast-may-reduce-risks-for-death-from-diabetes-cvd>. Acesso em: 6 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Autocuidado e Diabetes em tempos de COVID-19. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em https://www.diabetes.org.br/data/e-book/Autocuidado_e_Diabetes_em_tempos_de_COVID_19_Ebook_SBD.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Cuidados com os pés em pessoas diabéticas em tempos de Covid-19. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em: <https://diabetes.org.br/e-book/cuidados-com-os-pes-em-pessoas-com-diabetes/>. Acesso em: 6 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

ANEXO A - FORMULÁRIO PARA AS PESSOAS COM DIABETES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO QUE PARTICIPARAM DA ATENÇÃO CONTÍNUA.

01) Sexo:

Masculino Feminino

02) Faixa Etária:

18 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos

03) Escolaridade:

Analfabeto 1º Grau incompleto 1º Grau completo 2º Grau incompleto 2º Grau completo Superior incompleto Superior Completo

04) Está trabalhando no momento?

Sim Não

SOBRE A CARTILHA:

O título é atraente e desperta interesse pela leitura?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

As ilustrações expressam a informação a ser transmitida?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

O número de ilustrações está suficiente?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

As ilustrações estão adequadas e auxiliam a leitura e a compreender a imagem?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

A apresentação da cartilha educativa está atrativa?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

O conteúdo está apresentado com letra que facilita a leitura do material?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

O conteúdo é esclarecedor?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

Essa cartilha irá te auxiliar a ter comportamentos saudáveis?

1=discordo totalmente 2=discordo 3=neutro 4=concordo 5=concordo totalmente .

ANEXO B - ITENS DA CARTILHA EDUCATIVA PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

CATEGORIA PROFISSIONAL:

1-Assistente Social (); 2-Cirurgião dentista (); 3-Educador Físico (); 4- Endocrinologista (); 5- Enfermeira (); 6 Médico de Saúde da Família (); 7-Nutricionista (); 8-Psicóloga ();

1 OBJETIVOS:

1.1- Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde dos pacientes com diabetes mellitus (DM).

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

1.2- Esta tecnologia educativa é uma ferramenta que pode ser utilizada na educação em saúde do paciente com DM.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

1.3- A tecnologia educativa é capaz de promover reflexão sobre o autocuidado da pessoa com diabetes.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

1.4- As informações contidas na tecnologia educativa podem promover mudança de comportamento e atitude.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2 CONTEÚDO:

2.1- A tecnologia educativa é apropriada para pacientes com DM.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.2- A tecnologia educativa oferece informações sobre como realizar o autocuidado em pacientes diabéticos.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.3- A tecnologia educativa ressalta a importância dos cuidados para prevenir o aparecimento ou agravamento de complicações.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.4- O texto está apresentado de forma clara e objetiva.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.5- As informações apresentadas estão cientificamente corretas.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.6- Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da tecnologia educativa.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.7- Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.8- A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

2.9- As ideias chaves são pontos importantes e merecem destaque.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3 LINGUAGEM:

3.1- As informações apresentadas são claras e compreensivas.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3.2- O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3.3- As informações estão bem estruturadas.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3.4- As informações estão em concordância com a ortografia.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3.5- A escrita utilizada é atrativa.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

3.6- O título da tecnologia educativa é interessante e adequado.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

4 RELEVÂNCIA:

4.1- Os temas retratam pontos chave que devem ser reforçados durante as consultas.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

4.2- A tecnologia educativa propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

4.3- A tecnologia educativa aborda os assuntos necessários para a pessoa com DM.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

4.4- A tecnologia educativa está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

4.5- O tema é atual e relevante.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

5 ILUSTRAÇÕES:

5.1- As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

5.2- As ilustrações expressam a informação a ser transmitida.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

5.3- O número de ilustrações está suficiente.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

5.4- As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6 LAYOUT:**6.1- A apresentação da tecnologia educativa está atrativa**

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6.2- A apresentação da tecnologia educativa está organizada de forma lógica.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6.3- O conteúdo está apresentado com essa letra facilita a leitura do material.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6.4- O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6.5- A disposição do texto está adequada.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

6.6- O número de páginas está adequado.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

7 MOTIVAÇÃO:**7.1- O título é atraente e desperta interesse pela leitura.**

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

7.2- O conteúdo desperta interesse pela leitura.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

7.3- O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

8 CULTURA:**8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.**

1=discordo totalmente () 2=discordo() 3=neutro() 4=concordo 5=concordo totalmente().

SUGESTÕES: _____

**ANEXO C - INSTRUMENTO DE PESQUISA SOBRE ACESSO À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

UNIDADE DE ATENDIMENTO:

_____ Data: ____/____/____

01) Sexo:

Masculino Feminino

02) Condição Crônica:

Diabetes Tipo 1 Outras: Quais _____

Diabetes Tipo 2

03) Estratificada de risco:

Baixo risco Médio risco Alto risco Muito alto risco

04) Faixa Etária:

18 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos Acima de 60 anos

05) Escolaridade:

Analfabeto 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo

Superior Incompleto Superior completo.

06) Está trabalhando no momento:

Sim Não

Por que?

07) O horário de atendimento da Unidade de Saúde atende as suas necessidades?

Sim Não

Por que?

08) Você teve dificuldade para a agendar a sua de consulta?

Sim Não

09) O seu agendamento foi feito por:

Por telefone Pela Internet Na unidade

10) Seu atendimento foi agendado com hora marcada?

Sim Não

Se sim, você foi atendido na hora marcada?

Sim Não

11) Quanto tempo você levou para conseguir essa consulta?

Imediato 1 dia 1 semana 1 mês acima de 1 mês

12) Você considera sua experiência recente de agendamento:

Ruim Regular Boa Excelente

13) A forma de marcação de exames laboratoriais foi:

Ruim Regular Bom Excelente

14) A forma de marcação de exames de especialidades é:

Ruim Regular Bom Excelente

15) O acesso aos medicamentos e insumos de que necessita foi:

Ruim Regular Boa Excelente

Porque?

16) Os profissionais são claros nas explicações prestadas à você?

Sim Não

17) O seu grau de satisfação com os atendimentos dos profissionais foi:

Ruim Regular Bom Excelente

18) Você foi atendido(a) pelo profissional da sua equipe que você queria ser atendido(a) hoje?

Sim Não

19) O tempo de espera para o atendimento realizado hoje foi:

Ruim Regular Boa Excelente

20) Você é atendido na unidade de saúde por outros profissionais além do médico?

Sim Não NR/NS - Não Respondeu/Não Sabe

21) Você participa de grupos com mais de um profissional na unidade de saúde?

Sim Não NR/NS - Não Respondeu/Não Sabe

Se a resposta for negativa. Por que?

22) Você participou da Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado na UAI São Jorge (AAE de especialidades)?

Sim Não

23. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

24. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?)

Não

Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

() Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

25. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?)

() Não

() Sim, mesmo que 20 & 21 acima.

() Sim, o mesmo que 20 somente.

() Sim, o mesmo que 21 somente.

() Sim, diferente de 20 & 21 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu serviço de saúde/ou seu médico/enfermeiro antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

serviço de saúde/ou

seu

médico/enfermeiro

antes de ir a outro

serviço de saúde?

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs? 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

Quando o seu serviço de saúde está aberto e você adoce alguém de lá atende você no mesmo dia? 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

Quando o seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e domingo 4 () 3 () 2 () 1 () 9 ()

e você fica doente,
alguém deste serviço
atende você no
mesmo dia?

Quando o seu serviço de saúde está fechado e você fica doente

4 ()

3 ()

2 ()

1 ()

9 ()

durante a noite,
alguém deste serviço
atende você naquela
noite?

É fácil marcar hora
para uma consulta de
revisão (consulta de
rotina, “check-up”)
neste serviço de
saúde?

4 ()

3 ()

2 ()

1 ()

9 ()

Quando você chega
no seu serviço de
saúde, você tem que
esperar mais de 30
minutos para
consultar com o
médico ou enfermeiro
(sem contar triagem
ou acolhimento)?

Você tem que esperar
por muito tempo, ou
falar com muitas
pessoas para marcar
hora no seu serviço de
saúde?

4 ()

3 ()

2 ()

1 ()

9 ()

4 ()

3 ()

2 ()

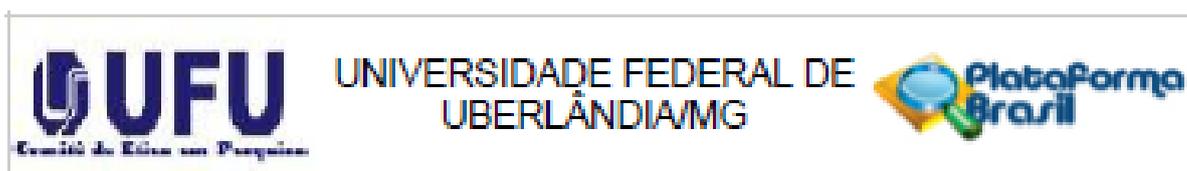
1 ()

9 ()

É difícil para você conseguir atendimento médico do seu serviço de saúde quando pensa que é necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Quando você tem que ir ao serviço de saúde/ou seu médico, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Quando você vai ao seu serviço de saúde, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
O seu médico/enfermeiro sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Você mudaria do serviço de saúde para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

***Questionário adaptado do PCATool-Brasil (2010)**

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso aos Serviços de Saúde de Diabéticos Inseridos no Mercado de Trabalho

Pesquisador: Rosilva Fratarl Bonito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17275319.3.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.578.937

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.479.490, de 31 de Julho de 2019.

Conforme apresentado no protocolo:

Trata-se de um estudo exploratório do tipo quali-quantitativo. De acordo com o projeto, "A pesquisa qualitativa será conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, apoiada por um roteiro de entrevista.

Para a pesquisa quantitativa será utilizado um questionário do Perfil Sociodemográfico e Ocupacional. Os dados qualitativos serão submetidos a Análise Temática de Conteúdo. Os dados quantitativos serão tabulados em software Excel® e analisados por meio de estatística descritiva.

Segundo descrito, a diabetes mellitus é uma importante condição crônica devido à sua prevalência e morbimortalidade associada, bem como à quantidade de ações a serem desenvolvidas pelos pacientes, tornando relevante o estudo sobre os fatores individuais que influenciam o paciente diabético no acesso aos serviços de saúde.

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3230-4131 Fax: (34)3230-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.570.807

A hipótese de pesquisa é que a jornada de trabalho pode ser incompatível com a necessidade de presença frequente do paciente diabético nos serviços de saúde, ou que o serviço apresenta barreiras.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar e compreender as barreiras para o uso e acesso ao cuidado enfrentados por pessoas com diabetes inseridas nos mercados formal e informal de emprego.

Secundários: Compreender as barreiras para o acesso aos serviços de saúde por diabéticos trabalhadores; Identificar a frequência das barreiras enfrentadas pelos diabéticos trabalhadores para acessar os serviços de saúde; Traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos diabéticos inseridos no mercado de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco mínimo da identidade do participante ser revelada. As pesquisadoras se comprometem a não divulgar dados que possam servir como identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados de forma coletiva. As pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. A identidade do participante não será revelada em nenhum momento, sendo o mesmo identificado utilizando um código criado aleatoriamente pela pesquisadora sem relação com o seu nome ou quaisquer outros dados (sem utilização das iniciais ou outros itens que poderiam identificá-lo).

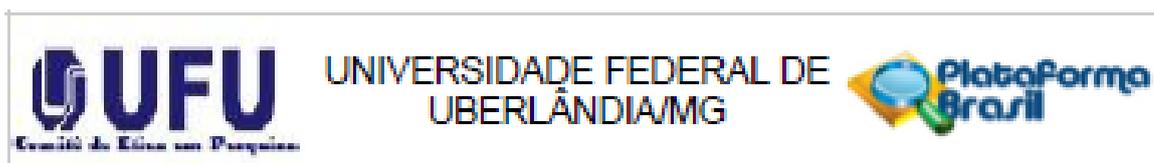
Benefícios: Aquisição de conhecimentos que possibilitarão identificar e compreender as barreiras para o uso e acesso aos cuidados enfrentados por pessoas com diabetes inseridas nos mercados formal e informal de emprego e como isso repercute em suas vidas, na vida de seus familiares e na sociedade. Este estudo contribuirá para os conhecimentos científicos e práticos multiprofissionais, visando uma assistência de maior qualidade a essas pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendendo ao CEP/UFU, foram apresentados os seguintes esclarecimentos acerca da Lista de Pendências apontada no Parecer Consubstanciado Número 3.479.490:

1- Na página 9, 3º parágrafo, do projeto detalhado, há referência ao "Questionário de Barreiras para o Acesso aos Serviços de Saúde por Pacientes Diabéticos Inseridos no Mercado de Trabalho (Anexo C)". Segundo descrito, "As dimensões desse questionário serão constituídas de acordo

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3230-4131 Fax: (34)3230-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.578.937

com os temas levantados na análise e não farão, necessariamente, relação com os temas do roteiro de entrevista.". Pergunta-se: se o questionário ainda não foi criado, a que se refere o Anexo C? E onde está tal anexo? O CEP/UFU solicita informações que serão abordadas no questionário e como serão realizadas as entrevistas / questionário?

RESPOSTA: "O Anexo C refere-se ao Questionário que será aplicado ao Grupo Focal. Instrumento está em anexo. Nele está contido o Roteiro de realização do Grupo Focal e as entrevistas/questionários que serão abordadas durante o Grupo Focal." ATENDIDA

2- No último parágrafo da página 11 está escrito que "Para garantir o conhecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, bem como dos direitos dos participantes, serão utilizados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) (Anexo B), sendo um para cada fração do método misto (pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa)". Na página 12 também há referência a dois TCLEs. Pergunta-se:

a) do total de 78 participantes, quantos participarão de "cada fração do método misto"?

RESPOSTA: "Todos os 78 participantes irão participar da Fração Quantitativa da Pesquisa e deverá assinar o TCLE (Anexo D); Do total de 78 participantes, serão selecionados de 10 a 12 participantes que irão participar somente da Fração Qualitativa e deverão assinar o TCLE (Anexo E)." ATENDIDA

b) onde está o segundo TCLE, uma vez que apenas um, referente à entrevista, foi inserido na Plataforma Brasil?

RESPOSTA: "O Segundo TCLE está em anexo, refere-se ao documento Anexo E – TCLE Grupo Focal. Salientamos que as correções realizadas no Projeto pedagógico estão destacadas na cor vermelha, e a versão com as alterações foi incluída na Plataforma Brasil, bem como, realizado as correções nos campos específicos dentro da Plataforma Brasil." ATENDIDA

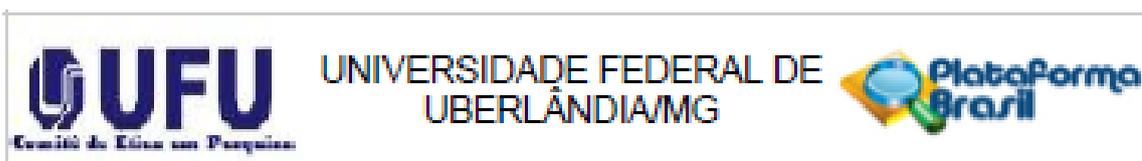
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.479.490, de 31 de Julho de 2019, foram atendidas.

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.576.937

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Março de 2021.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3230-4131 Fax: (34)3230-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.578.937

posicionamento.

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1389110.pdf	30/08/2019 17:35:40		Aceito
Outros	Resposta_Pendencias.pdf	30/08/2019 17:34:49	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	AnexoC_EntrevistaGF.pdf	30/08/2019 17:34:22	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	AnexoB_RoteiroGF.pdf	30/08/2019 17:33:58	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	AnexoA_InstrumColeta.pdf	30/08/2019 17:33:42	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPnovoCorrig.pdf	30/08/2019 17:33:07	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AnexoE_TCLE_2018a_GF.pdf	30/08/2019 17:32:41	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AnexoD_TCLE_2018a.pdf	30/08/2019 17:32:30	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2018a.pdf	12/07/2019 07:43:37	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPNovo.pdf	12/07/2019 07:43:24	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista.pdf	09/07/2019 21:52:36	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoCEPAssinNovo.pdf	09/07/2019	Rosuita Fratari	Aceito

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.570.937

Folha de Rosto	FolhaRostoCEPAssInNovo.pdf	21:47:13	Bonito	Aceito
Outros	LinkCumLattes.pdf	04/07/2019 07:19:16	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	InstrumentoColeta.pdf	04/07/2019 07:15:38	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	TermoComprEqEx.pdf	04/07/2019 07:15:08	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	Declaracalidentidade.pdf	04/07/2019 07:14:38	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclarInstCoPart.pdf	04/07/2019 07:14:09	Rosuita Fratari Bonito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 16 de Setembro de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br