

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Daniela Buriol

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Santa Maria, RS

2021

Daniela Buriol

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Coorientadora: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS
2021

Buriol, Daniela
Utilização dos serviços de saúde por pessoas com
Diabetes Mellitus tipo 2 / Daniela Buriol.- 2021.
156 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Denise Schimith
Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Diabetes Mellitus tipo 2 2. Doenças Crônicas Não
Transmissíveis 3. Enfermagem em Saúde Pública 4. Serviços
de Saúde I. Schimith, Maria Denise II. Caetano da
Silva, Laís Mara III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, DANIELA BURIOL, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Daniela Buriol

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 19 de novembro de 2021:

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Cláudia Zamberlan, Dra. (UFN)

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)

Marcio Rossato Badke, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2021



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenação do Programa/Curso de PG-M em Enfermagem

ATA DE DEFESA - PROCESSO Nº 23081.097472/2021-52

Aos dezanove dias do mês de Novembro do ano de dois mil e vinte e um, às quatorze horas e trinta minutos, no(a) Google Meet, realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada **UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**, de autoria do(a) Candidato(a) **DANIELA BURIOL (201960109)**, aluno(a) do Programa de PG-M em Enfermagem, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: MARIA DENISE SCHIMITH Presidente, CLÁUDIA ZAMBERLAN e TERESINHA HECK WEILLER. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o(a) candidato(a) foi APROVADA pela Comissão Examinadora. Foi concedido um prazo de (45) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

MARIA DENISE SCHIMITH

CLÁUDIA ZAMBERLAN

TERESINHA HECK WEILLER

() Por sugestão da Comissão Examinadora, o novo título passa a ser:

.....
.....
.....

() Declaração:

.....
.....
.....

À	PRPGP
Certifico que o candidato cumpriu com as exigências da Comissão Examinadora e do Regimento Interno dos Programas de Pós-Graduação da UFSM.	
Em	____/____/____
Coordenador:	

Ao	DERCA
Para emissão do Certificado/Diploma.	
Em	____/____/____
P r ó - R e i t o r :	

NUP: 23081.099674/2021-39		Prioridade: Normal
Homologação de ata de banca de defesa de pós-graduação 134.332 - Bancas examinadoras: indicação e atuação		
COMPONENTE		
Ordem	Descrição	Nome do arquivo
1	Ata de defesa de dissertação/tese (134.332)	Ata de defesa_Daniela Buriol.pdf
Assinaturas		
16/11/2021 10:36:20 TERESINHA HECK WEILLER (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
19/11/2021 17:31:33 MARIA DENISE SCHIMITH (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
02/12/2021 10:19:29 CLAUDIA ZAMBERLAN (Enfermeiro-Area) 93.01.07.05.7.0 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E SEMI-INTENSIVOS ADULTO - UCISIAEBSERH		
<p>Código Verificador: 980153 Código CRC: 67def2ea Consulte em: https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html</p>		

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmão, por estarem sempre ao meu lado, me dando força e amor.

Dedico também a toda minha família, pelo apoio, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar uma etapa percebemos que não estamos sozinhos e, ao longo da trajetória contamos com pessoas especiais. A vocês os meus sinceros agradecimentos:

Primeiramente à **Deus**, pelas bênçãos em minha vida e por todas as oportunidades.

Aos **meus pais, Onélio Buriol e Rozeli Antonia de Oliveira Buriol**, por serem exemplos de força, perseverança, competência e comprometimento. Pelo amor, atenção e dedicação incondicionais. Ao **meu irmão Adriano Buriol**, pelo apoio em todos os momentos. Agradeço, principalmente, por nunca medirem esforços e tornarem esse sonho possível. Se cheguei até aqui é porque vocês me incentivaram e apoiaram.

Ao **meu namorado, Marcelo Mariano Vizzotto**, por todo apoio, ajuda, companheirismo, compreensão, amor e amizade. Por compartilhar dos meus objetivos e sonhos, contribuindo para que eles se concretizassem. Eu amo você!

Aos **demais familiares**, por todos os bons momentos em família, por sempre torcerem por mim e me apoiarem.

À **minha orientadora, Professora Maria Denise Schimith**, por ser essa pessoa atenciosa e amiga. És exemplo de Enfermeira e pessoa, comprometida, ética e muito humana. Agradeço a sua paciência, por todo conhecimento e experiência compartilhados que foram essenciais ao longo dessa caminhada.

À **minha coorientadora, Professora Laís Mara Caetano da Silva**, por ser essa pessoa incrível e de coração gigante. Agradeço por compartilhar todo conhecimento e aprendizado. És um exemplo de Enfermeira e pessoa. Obrigada por todo apoio.

Aos **Professores que compuseram a Banca Examinadora, Professora Cláudia Zamberlan, Professora Teresinha Heck Weiller e Professor Marcio Rossato Badke**, pelo aceite, pela disponibilidade de fazer parte deste momento e contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa PraCCeS – UFSM**, que proporcionaram conhecimento científico e diversas experiências essenciais para minha trajetória. Em especial, as minhas “pupilas” **acadêmicas da graduação em Enfermagem, Gisele Miollo e Laura Hossa Palmeiro**, no qual foram bolsistas no meu projeto da Dissertação do Mestrado e também deram continuidade no projeto do meu TCC da graduação de 2016. Obrigada pela oportunidade, aprendizado, por terem confiado em mim e pela amizade que construímos ao longo da minha trajetória. As oportunidades de convivência e trocas, foram essenciais para a minha formação e amadurecimento. Levo vocês sempre em meu coração.

Aos **colegas do Mestrado em Enfermagem da UFSM**, por compartilhar momentos de ansiedade, angústias e também de aprendizado e felicidade. Em especial à **Christiani Andrea Marquesini Rambo** pela amizade, proteção, companheirismo, por dividir as angústias, as alegrias, conquistas e pela parceria em todos os momentos. À **Ana Luiza, Andiará, Rosângela, Cíntia e Vivian**, pela amizade que construímos.

À **Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**, pelo ensino público, gratuito e de qualidade, por possibilitar toda a minha formação. Aos **docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSM**, pelo conhecimento, amadurecimento e vivências oportunizadas.

Aos **participantes do estudo**, pela contribuição, vínculo e pela escuta. Sem vocês este estudo não teria se concretizado. Muito obrigada a todos!

Aos **colegas de trabalho do Ambulatório de Atenção Especializada de Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria**, agradeço todo apoio e incentivo de vocês. Em especial à **Enfermeira Coordenadora Marta Wolf**, por acreditar no meu trabalho e me dar a oportunidade de poder continuar estudando e trabalhando com as DCNT, vivenciando todo processo na Rede de Saúde do município. Agradeço por todo aprendizado e experiência que estou vivenciando aliando a prática assistencial com a minha pesquisa em Diabetes Mellitus.

Aos **Professores da Residência Profissional em Enfermagem na Urgência e Trauma da Universidade Franciscana, Professor Silomar Ilha e Professora Cláudia Zamberlan**, por todo incentivo, apoio e ajuda quando falei que iria concorrer na seleção do Mestrado. Obrigada por toda amizade que construímos durante minha trajetória na Residência. Sou muito grata a vocês!

Aos **meus amigos**, vocês foram essenciais durante a minha trajetória. Por todo incentivo, alegrias, descontração e por sempre me motivarem a nunca desistir dos meus sonhos. Agradeço todos vocês que de alguma forma estiveram comigo nessa etapa.

Por fim, o meu profundo agradecimento a **todas as pessoas** que contribuíram para a concretização dessa pesquisa, seja com apoio intelectual ou emocional. Todos foram essenciais para meu crescimento pessoal e profissional.

Gratidão!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo
que ninguém viu, mas pensar o que
ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)*

RESUMO

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

AUTORA: Enfa. Daniela Buriol

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

COORIENTADORA: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

A utilização dos serviços de saúde em decorrência do Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e suas complicações está associada às necessidades das pessoas, à oferta dos serviços, aos recursos financeiros, aos profissionais da saúde, assim como, às condições socioeconômicas e culturais. Objetivou-se conhecer as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Santa Maria - RS e compreender a percepção destas sobre a utilização dos serviços de saúde da rede municipal. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo. Na primeira etapa, realizou-se uma pesquisa quantitativa cuja fonte de dados foi um projeto matricial. Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas junto a pessoas com DM tipo 2 autorreferido e que participaram do projeto matricial. A análise dos dados da etapa quantitativa se deu por meio de estatística descritiva e analítica no software *Statistical Package for the Social Sciences*. A etapa qualitativa foi pautada na Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Para a realização desta pesquisa foram seguidos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos. Houve predomínio de pessoas brancas (44–73,3%), do sexo masculino (32–53,3%), com baixa renda familiar (32–53,3%), de 40 a 49 anos (18–30,0%), com zero a oito anos de estudo (38–63,3%). Quanto as características clínicas, predominou a Hipertensão Arterial entre 36 (60,0%) dos entrevistados, seguido pela obesidade em 35 (58,3%) dos participantes e dislipidemia em 33 (55,0%) deles. Identificou-se uma maior concentração de pessoas com DM tipo 2 do sexo masculino nas regiões Centro-Urbano (13–21,7%) e Centro-Oeste (12–20,0%) do município. O Centro-Oeste registrou uma maior concentração de pessoas com baixa renda. Nas regiões Oeste e Centro-Urbano, a associação da hipertensão ao DM foi constatada em dez pessoas (16,7%) e nove (15,0%), respectivamente. Na etapa qualitativa foram entrevistadas 15 pessoas, sendo dez homens e cinco mulheres. Identificou-se um itinerário dos participantes que passava pela APS, serviço ambulatorial e hospitalar, para fazer acompanhamento do DM e tratar as complicações. Utilizavam os serviços da APS como porta de entrada para diagnóstico, renovação de receitas, verificação de níveis glicêmicos, exames e consultas. As limitações dos serviços de saúde do município, identificadas pelos participantes, foram a renovação de receita sem avaliação clínica, fluxo de atendimento pela distribuição de fichas, pouco vínculo, relação interpessoal insuficiente e falta de acolhimento pela APS, além de longo tempo de espera por atendimento com especialistas, falta de investimento público e a pandemia da Covid-19. As fortalezas citadas foram bom atendimento e acolhimento pelo serviço ambulatorial especializado, resolatividade hospitalar e qualidade de todos os serviços. A maioria dos participantes, que estava em acompanhamento no serviço ambulatorial especializado, não mantinha acompanhamento e vínculo com o serviço de referência da APS. Conclui-se que conhecer como as pessoas com DM tipo 2 utilizam os serviços de saúde configura-se como fundamental para identificar as barreiras de acesso e orientar políticas de saúde, provendo a equidade do acesso e orientação ao desenho de políticas voltadas à redução das iniquidades em saúde.

Descritores: Diabetes Mellitus tipo 2; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Enfermagem em Saúde Pública; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

USE OF HEALTH SERVICES BY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

AUTHOR: Enfa. Daniela Buriol

ADVISOR: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

COADVISOR: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

The use of health services due to type 2 Diabetes Mellitus (DM) and its complications is associated with people's needs, the provision of services, financial resources, health professionals, as well as socioeconomic and cultural conditions. The objective was to know the sociodemographic and clinical characteristics of people with type 2 DM attended in the Primary Health Care (PHC) of Santa Maria - RS and understand their perception about the use of health services in the municipal network. This is a quantitative-qualitative study. In the first stage, a quantitative research was carried out whose data source was a matrix project. In the second stage, a qualitative research was carried out through semi-structured interviews with people with self-reported type 2 DM who participated in the matrix project. Data analysis of the quantitative stage was carried out using descriptive and analytical statistics in the Statistical Package for the Social Sciences software. The qualitative stage was based on the Content Analysis proposed by Bardin. To carry out this research, ethical aspects related to research with human beings were followed. There was a predominance of white people (44–73.3%), males (32–53.3%), with low family income (32–53.3%), aged 40 to 49 years (18–30.0 %), with zero to eight years of education (38–63.3%). As for clinical characteristics, Hypertension predominated among 36 (60.0%) of respondents, followed by obesity in 35 (58.3%) of participants and dyslipidemia in 33 (55.0%) of them. A higher concentration of male type 2 DM people was identified in the Central-Urban (13–21.7%) and Midwest (12–20.0%) regions of the city. The Midwest registered a greater concentration of low-income people. In the West and Central-Urban regions, the association between hypertension and DM was found in ten people (16.7%) and nine (15.0%), respectively. In the qualitative stage, 15 people were interviewed, ten men and five women. An itinerary of the participants that passed through the PHC, outpatient and hospital service, was identified to monitor the DM and treat complications. They used the APS services as a gateway for diagnosis, renewal of prescriptions, verification of blood glucose levels, exams and consultations. The limitations of the city's health services, identified by the participants, were the renewal of prescription without clinical evaluation, flow of care through the distribution of tokens, little bond, insufficient interpersonal relationship and lack of reception by the PHC, in addition to a long waiting time for expert service, lack of public investment, and the Covid-19 pandemic. The strengths mentioned were good service and reception by the specialized outpatient service, hospital resoluteness and quality of all services. Most of the participants, who were being followed up at the specialized outpatient service, did not maintain follow-up and bond with the PHC reference service. It is concluded that knowing how people with type 2 DM use health services is essential to identify access barriers and guide health policies, providing equity of access and guidance in the design of policies aimed at reducing inequities in health.

Descriptors: Diabetes Mellitus type 2; Noncommunicable Chronic Diseases; Public Health Nursing; Health services.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Distribuição das pessoas com DM tipo 2 autorreferido nas regiões administrativas do perímetro urbano do município de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....59
- Figura 2 – Fluxograma dos serviços de saúde utilizados pelas pessoas com DM tipo 2. Santa Maria, RS, 2021.....78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégias de busca segundo bases de dados. Santa Maria, RS, Brasil, 2021.....	39
Quadro 2 –	Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. Santa Maria, RS, 2021.....	44
Quadro 3 –	Serviços de saúde distribuídos por região administrativa urbana. Santa Maria, RS, 2021.....	45
Quadro 4 –	Caracterização dos participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2021.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....	55
Tabela 2 –	Hábitos de vida das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....	57
Tabela 3 –	Características clínicas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....	58
Tabela 4 –	Associações das regiões administrativas com a renda familiar das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....	60
Tabela 5 –	Associações entre regiões administrativas e condição crônica (HA) das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.....	61
Tabela 6 –	Associações dos anos de estudo com o sexo das pessoas com DM tipo 2 autorreferido da APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021....	62

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comité de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
EUA	Estados Unidos da América
HA	Hipertensão Arterial
HbA1C	Hemoglobina Glicada
HCS	Hospital Casa de Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IPLAN	Instituto de Planejamento de Santa Maria
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCOPUS	<i>SciVerse Scopus</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFN	Universidade Franciscana
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 REVISÃO DA LITERATURA	35
3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2	35
3.2 UTILIZAÇÃO <i>VERSUS</i> ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	36
3.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2: TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DA SAÚDE	38
3.4 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	38
4 MÉTODO	43
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	44
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
4.4 COLETA DE DADOS	47
4.4.1 Etapa 1 – quantitativa	47
4.4.2 Etapa 2 – qualitativa	48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	50
4.5.1 Etapa 1 – quantitativa	50
4.5.2 Etapa 2 – qualitativa	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	52
4.7 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	54
5 RESULTADOS	55
5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS (ETAPA 1)	55
5.1.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS	55
5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS (ETAPA 2)	62
5.2.1 Características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS	62
5.2.2 Percepção das pessoas com DM tipo 2 acerca dos serviços de saúde do município de Santa Maria - RS	64
5.2.2.1 <i>Utilização dos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde</i>	64
5.2.2.2 <i>Utilização dos serviços de saúde da Atenção Secundária à Saúde</i>	69
5.2.2.3 <i>Utilização dos serviços de saúde da Atenção Terciária à Saúde</i>	72
5.2.3 Barreiras da utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com DM tipo 2	73
6 DISCUSSÃO	81

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	81
6.2 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DM TIPO 2 ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SANTA MARIA – RS	84
6.3 BARREIRAS DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DM TIPO 2	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES.....	103
APÊNDICE A – REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA ..	105
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A ETAPA QUALITATIVA ..	107
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ETAPA QUALITATIVA	109
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA A ETAPA QUALITATIVA.....	113
ANEXOS.....	115
ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CONTEXTO & SAÚDE – ESTUDO DE TENDÊNCIAS – REVISÃO DE LITERATURA	117
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO PROJETO MATRICIAL PARA A ETAPA QUANTITATIVA.....	129
ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO MATRICIAL.....	131
ANEXO D – PARECER DO CEP DA UFSM SOBRE A EMENDA DE JUSTIFICATIVA DE MUDANÇA NO MÉTODO REFERENTE A ETAPA QUALITATIVA	137
ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA QUANTITATIVA.....	141
ANEXO F – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA UFSM PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUANTITATIVA.....	143
ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA.....	147
ANEXO H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA	149
ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA QUALITATIVA	151
ANEXO J – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA UFSM PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUALITATIVA.....	153

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), nos estágios curriculares, nas aulas práticas, nas atividades extracurriculares e no trabalho de conclusão de curso, sempre estive envolvida em assuntos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial, ao Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

Além disso, participei como integrante e bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa “Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, idosos e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde”, no qual são desenvolvidos estudos com as temáticas das DCNT, o que a instigou em prosseguir com a realização de estudos na área.

Ressalta-se que, por meio da Residência Profissional de Enfermagem na Urgência-Trauma da Universidade Franciscana (UFN), foi possível observar um número elevado de pessoas com DM tipo 2 sendo atendidas na rede de atenção à saúde municipal. Estas tanto passavam pela classificação de risco dos serviços de emergência para consulta médica de baixa gravidade, quanto adentravam diretamente à sala de emergência devido às complicações decorrentes da doença. Com essa observação, elaborei o trabalho final da residência sobre DCNT em um dos serviços de urgência e emergência de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS).

Ademais, no ano de 2020, comecei a trabalhar como enfermeira assistencial no Hospital Regional de Santa Maria no ambulatório de crônicos, atuando diretamente com pessoas que possuem DM e Hipertensão Arterial (HA). Trabalhei, ainda, como enfermeira coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Dona Francisca/RS, sendo que todas essas vivências, tanto acadêmicas quanto assistenciais, despertaram o interesse pela temática e contribuíram para o interesse em realizar esta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

As DCNT apresentaram um progressivo aumento no contexto mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Tal fato evidencia-se pela mudança do perfil epidemiológico e demográfico relacionado ao envelhecimento populacional e a mudança de estilo de vida. Essas doenças tornam-se, assim, um desafio para os atuais sistemas de saúde e para os profissionais, que devem desenvolver uma organização capaz de suprir as demandas iminentes (MALTA et al., 2017; PAHO, 2019).

A cada ano, no mundo, 16 milhões de pessoas morrem prematuramente antes dos 70 anos por DCNT. Ademais, quatro a cada cinco dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, tornando essas doenças um dos maiores desafios de desenvolvimento do século XXI (WHO, 2015). No Brasil, a ocorrência de DCNT é responsável por 73,9% das causas de mortalidade, sendo considerada o problema de saúde pública de maior magnitude. As principais patologias deste grupo são: doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (PAHO, 2019).

Dentre as DCNT, o DM é uma das maiores emergências globais de saúde do século XXI. Está entre as dez principais causas de morte do mundo e, juntamente com as outras três principais doenças crônicas, é responsável por mais de 80% de todas as mortes prematuras (IDF, 2019).

Em 2019, estimou-se que cerca de 463 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos tinham a doença. Se essa tendência continuar, em 2030 serão 578 milhões de casos e, em 2045, 700 milhões. Ressalta-se que os maiores aumentos ocorreram em regiões nas quais as economias estão se movendo de baixa para média renda, sendo em torno de 79% (IDF, 2019).

A prevalência de DM para homens entre 20 e 79 anos foi estimada em 9,6% (240,1 milhões) e para mulheres em 9,0% (222,9 milhões). Prevê-se que em 2045 esse percentual aumente para 10,8% nas mulheres e 11,1% nos homens. A faixa etária de 65 a 79 anos apresentou a maior prevalência dos casos em ambos os sexos (IDF, 2019).

Além disso, em 2019, dados demonstraram maior número de pessoas com DM em ambientes urbanos, com 10,8% (310,3 milhões) do que em rurais, que registrou 7,2% (152,6 milhões). Espera-se que o número de pessoas que vivem com DM em áreas urbanas aumente para 538,8 milhões em 2045, devido principalmente à urbanização global (IDF, 2019).

Na América Central e do Sul, em 2019, estimou-se que 31,6 milhões dos adultos tinham DM. Destes, cerca de 85,5% vivem em ambientes urbanos e 87,5% estão em países de renda

média. Estima-se que em 2045 haja 49,1 milhões de pessoas com DM. O Brasil ocupou a 5ª posição entre os dez principais países de pessoas com DM em 2019, estimando-se que 16,8 milhões de pessoas convivam com a doença (IDF, 2019).

O DM tipo 2 é a forma mais prevalente entre os demais tipos de diabetes, correspondendo a cerca de 90 a 95% dos casos. É caracterizado por uma combinação de produção inadequada de insulina e uma incapacidade do organismo de responder totalmente à insulina (resistência à insulina). Geralmente ocorre em adultos, mas cada vez mais é visto em crianças e adolescentes (SBD, 2019a; IDF, 2019).

O número de pessoas com DM tipo 2 está crescendo rapidamente em todo o mundo. Esse aumento está associado ao envelhecimento das populações, ao desenvolvimento econômico, ao aumento da urbanização, a dietas menos saudáveis e à inatividade física (WHO, 2015; SBD, 2019a; IDF, 2016).

Esse cenário tem gerado um alto custo social e financeiro para as pessoas e ao sistema de saúde, uma vez que a evolução não controlada do DM tipo 2 acarreta complicações agudas e crônicas. As agudas geralmente decorrem de eventos esporádicos, e as crônicas têm origem no mau controle glicêmico ao longo dos anos, sendo que ambas são responsáveis por elevada morbimortalidade. As principais condições agudas são: a hipoglicemia grave com alteração cognitiva e a cetoacidose metabólica. Já as complicações crônicas são: pé diabético, doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia, amputação de membros inferiores, dentre outras (COSTA et al., 2017).

Nesse ínterim, a utilização dos serviços de saúde em decorrência do DM tipo 2 e suas complicações está associada às necessidades dos indivíduos, à oferta dos serviços, recursos financeiros e profissionais da saúde, e às condições socioeconômicas e culturais (STOPA et al., 2017, TRAVASSOS; MARTINS, 2004). É importante destacar que existe diferença entre as palavras: “utilização” e “acesso”. Acesso é descrito como o ato de ingressar, abrangendo a entrada nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados, já a utilização se refere a uma necessidade percebida pelo usuário decorrente de sua situação de saúde, compreendendo o contato direto (consultas e hospitalizações) ou indireto (exames preventivos e diagnósticos) nos serviços (STOPA et al., 2017, TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Nesse sentido, conhecer a percepção das pessoas com DM tipo 2 sobre a utilização dos serviços de saúde, poderá permitir a identificação das necessidades em saúde, que poderá subsidiar melhorias no cuidado, bem como a organização dos serviços de saúde, incluindo a estrutura física, os recursos financeiros e humanos.

Segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015), o DM é considerado prioridade em pesquisa para a saúde pública brasileira. Ressalta-se a necessidade de estudos e pesquisas que identifiquem os determinantes sociais e os grupos populacionais vulneráveis, as diferentes faixas etárias, a evolução da doença e suas complicações, morbimortalidade, fatores de risco e adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Destaca-se que, a partir de pesquisas sobre o DM, pode-se desenvolver métodos de promoção da saúde e de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce, além de poder realizar avaliação das políticas, programas e dos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Portanto, pesquisar acerca do tema permite lançar luz sobre a problemática no Brasil e no mundo, considerando os dados epidemiológicos apresentados por meio da identificação e socialização de informações novas e com respaldo científico.

Ainda, este estudo corrobora com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2017, dentre os quais a temática pode ser encontrada no item três: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Segundo os ODS, a promoção da vida saudável e do bem-estar não pode se dissociar dos cuidados relacionados ao aumento da expectativa de vida e dos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, dentre outros), pois estes fatores contribuem para o aumento de DCNT como o DM (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, para esta pesquisa estabeleceram-se as seguintes **questões de pesquisa:** quais as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria - RS? Qual a percepção das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria - RS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria - RS e;

Compreender a percepção das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria - RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria - RS;
- 2) Identificar as fortalezas e barreiras da utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, será descrita a revisão de literatura por meio de quatro tópicos: Diabetes Mellitus tipo 2; utilização *versus* acesso aos serviços de saúde; uma revisão narrativa intitulada “Diabetes Mellitus tipo 2: tendência da produção científica na área da saúde” e a revisão integrativa intitulada “Evidências científicas sobre o uso dos serviços de saúde por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2”.

3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2

O DM tipo 2 é uma DCNT, de caráter metabólico, que ocorre quando há níveis elevados de glicose no sangue, resultado de defeitos na ação de insulina, da secreção ou de ambas. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Geralmente, acomete pessoas a partir dos 40 anos de idade, embora dados mundiais mostrem que existe um aumento na incidência entre crianças e jovens (IDF, 2017; SBD, 2019a).

Os principais fatores de risco para desenvolver o DM tipo 2 são: histórico familiar, inatividade física, má alimentação, obesidade, sobrepeso, etnia, idade maior que 40 anos, hipertensão, comprometimento da glicose em jejum ou da tolerância à glicose, nível elevado de colesterol e triglicérides (IDF, 2017; BANDEIRA, 2018).

Na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período. Alguns sintomas clássicos de hiperglicemia são: poliúria, polidipsia, polifagia, mas também podem incluir fraqueza, visão turva, formigamento ou dormência das mãos ou dos pés, pele seca, lesões cutâneas ou feridas de cicatrização lenta e infecções recorrentes (BRUNNER; SUDDARTH, 2015; BANDEIRA, 2018).

O diagnóstico é realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas. Os exames laboratoriais baseiam-se nos seguintes achados (BANDEIRA, 2018; SBD, 2019b):

- Hemoglobina Glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$;
- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (07 mmol/l);
- Glicemia de 02h ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) – 75g;
- Glicemia de 02h ≥ 200 mg/dl em pessoas com sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica mais glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (07 mmol/l).

Em relação as complicações do DM as mesmas podem ser divididas em agudas e crônicas. Complicações agudas incluem hipoglicemia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, coma diabético hiperglicêmico, convulsões ou perda de consciência e infecções. As microvasculares crônicas incluem a nefropatia, neuropatia e retinopatia, enquanto as macrovasculares crônicas abarcam a doença arterial coronariana, que leva à angina ou infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica contribuindo para acidente vascular cerebral, encefalopatia diabética e o pé diabético (IDF, 2019; IDF, 2017).

Referente ao tratamento, recomenda-se individualizar a terapia e adaptar para cada pessoa, analisando-a como um todo, com base nos comportamentos sociais e culturais. A alimentação adequada e a realização de atividade física são consideradas como tratamentos não medicamentosos mais eficazes. Porém, se as tentativas de mudar o estilo de vida não forem adequadas para controlar os níveis glicêmicos, a medicação oral é geralmente incluída no tratamento. Quando os hipoglicemiantes orais são incapazes de controlar a hiperglicemia, injeções de insulina podem ser prescritas (IDF, 2019; SBD, 2019a, BANDEIRA, 2018).

Desse modo, as mudanças no estilo de vida de toda a população, aliadas à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico e tratamento são necessários para salvar vidas e prevenir ou retardar significativamente as complicações relacionadas ao DM (IDF, 2019; SBD, 2019a, BANDEIRA, 2018). Ademais, destaca-se que as pessoas com DM tipo 2 utilizam com mais frequência os serviços de saúde devido às complicações e ao controle inadequado da doença (RODRIGUES et al., 2018).

3.2 UTILIZAÇÃO *VERSUS* ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde são definidos como locais destinados a promover a saúde da população, proteger de agravos e doenças, prevenir e limitar os danos causados pelo processo de adoecimento e reabilitar quando a capacidade física, psicológica ou social for afetada (ANVISA, 2003). Nessa perspectiva, destaca-se que os serviços contribuem e mantêm a saúde da população (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Desse modo, as complicações do DM tipo 2 podem ser minimizadas se os indivíduos acessarem e utilizarem os serviços de saúde de forma adequada e regular (IBGE, 2014). Portanto, faz-se necessário explicar os conceitos de utilização e acesso aos serviços de saúde, com o intuito de compreender o conceito a ser empregado neste estudo.

A legislação brasileira considera o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, como um direito fundamental de todos os brasileiros (BRASIL, 2016a). O conceito de acesso é complexo, sendo muitas vezes empregado de modo equivocado e pouco elucidativa na relação com a utilização dos serviços de saúde. Também, pode variar conforme o contexto, tempo e autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) definiram acesso como o ajuste entre a população e os sistemas de atenção à saúde. Além disso, identificaram várias dimensões como a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica e o grau de acolhimento. Para Travassos e Martins (2004), é considerado uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta e à procura. É descrito como o ato de ingressar, abrangendo a entrada nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Também, refere-se a uma oportunidade, enquanto a utilização se apresentaria como a manifestação dessa oportunidade (ALLIN et al., 2007).

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Diz respeito a uma necessidade percebida pelas pessoas, decorrente de sua situação de saúde. Compreende o contato direto (consultas e hospitalizações) ou indireto (exames preventivos e diagnósticos) nos serviços, resultantes da interação da pessoa que procura cuidados com o profissional que os realiza. O primeiro contato com os serviços de saúde geralmente é influenciado pelo comportamento da pessoa, enquanto os profissionais são responsáveis pelos próximos contatos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde dependem de vários fatores, dentre eles: a necessidade de saúde (gravidade, urgência da doença e morbidade); acessibilidade geográfica (região, vias de acesso e transporte); características sociodemográficas (idade, sexo, renda, educação e profissão), além de fatores culturais e psíquicos, referente a cada pessoa. Também, dependem dos fatores relacionados aos prestadores de serviços, como: características sociodemográficas, tempo de graduação, especialidade, experiência profissional e características psíquicas. Ainda, destaca-se fatores em relação a recursos disponíveis, disponibilidade de profissionais da saúde, hospitais, ambulatórios, Atenção Primária à Saúde (APS), remuneração, legislação, regulamentação profissional e do sistema. Desse modo, a utilização de forma eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde, que podem interferir na qualidade dos cuidados proporcionados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Tendo em vista o apresentado, o presente estudo se pautará na perspectiva de utilização dos serviços de saúde, por considerar que esse conceito se relaciona a uma

efetivação do cuidado buscado pela pessoa em algum dos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

3.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2: TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DA SAÚDE

O presente item trata-se de uma revisão narrativa da temática, realizada em 2019 por meio de buscas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com a finalidade de conhecer a tendência da produção do conhecimento nacional de Teses e Dissertações defendidas em programas de pós-graduação brasileiros na área da saúde. O estudo supracitado é produto da disciplina de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, realizada no primeiro semestre do Mestrado e está publicado na Revista Contexto & Saúde ISSN 2176-7114 – v. 21, n. 43, jul./set. 2021 (ANEXO A).

3.4 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Com o intuito de analisar as evidências científicas acerca da utilização dos serviços de saúde por pessoas com DM tipo 2, realizou-se uma revisão integrativa da literatura para a qual estabeleceu-se como pergunta dessa revisão: como as evidências científicas descrevem a utilização dos serviços de saúde por pessoas com DM tipo 2?

A busca foi desenvolvida em julho de 2021, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS). Para a seleção das publicações, utilizou-se como critérios de inclusão: estudos primários, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, online e gratuitamente. Foram excluídos os artigos que não respondiam à pergunta de revisão e que tratavam de diabetes gestacional. Destaca-se que não foi constituído marco temporal, haja vista o interesse em identificar as evidências científicas sobre o tema de modo amplo. Além disso, as produções duplicadas foram consideradas apenas uma vez.

Na estratégia de busca realizada utilizou-se de descritores controlados indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MESH), além de palavras-chave que se fizessem pertinentes. Realizaram-se diferentes cruzamentos, com os operadores booleanos AND e OR, com o intuito de ampliar o número de publicações captadas.

Aplicaram-se os filtros de idioma e dos participantes do estudo (humanos e adultos), conforme os critérios de inclusão. No Quadro 1, constam as estratégias utilizadas nas bases de dados:

Quadro 1 – Estratégias de busca segundo bases de dados. Santa Maria, RS, Brasil, 2021.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS	TOTAL
LILACS	("diabetes mellitus tipo 2") AND ("serviços de saúde") AND (uso OR utilização OR acessibilidade OR acesso)	34
PUBMED	("diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] AND (((("health services"[MeSH Terms] OR "health services accessibility"[MeSH Terms]) OR Health care[Title/Abstract]) OR Medical services[Title/Abstract]) OR Health systems[Title/Abstract])) AND (((service access[Title/Abstract] OR utilization[Title/Abstract]) OR use[Title/Abstract]) OR users[Title/Abstract]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND ("aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR ("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "adult"[MeSH Terms:noexp] OR "young adult"[MeSH Terms] OR "adult"[MeSH Terms]))	2.545
SCOPUS	(KEY ("diabetes mellitus, type 2")) AND ((KEY ("health services") OR KEY ("health services accessibility") OR TITLE-ABS-KEY ("health systems" OR "medical services" OR "health care"))) AND (TITLE-ABS-KEY ("service access" OR "utilization" OR "use" OR "users")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))	2.767

Fonte: autores.

Foram encontradas 5.346 produções, considerando a exequibilidade da presente revisão, foi realizada a leitura de títulos e/ou resumos de todas as produções, oportunidade na qual foram selecionados 176 artigos para leitura na íntegra. Essa seleção foi feita retirando os artigos que não tivessem relação com a temática, que trabalhassem com terapias complementares, as revisões sistemáticas e aqueles que associavam a DM tipo 2 a outras patologias. Após, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão junto aos 176 estudos, o *corpus* final para o presente estudo foi constituído por 16 produções. O apêndice A apresenta as referências dos artigos da revisão integrativa citados neste capítulo.

Com o propósito de responder à questão da presente revisão foi realizada a análise dos estudos, a qual evidenciou que a maioria das pessoas com DM tipo 2 eram do sexo feminino e idosas (A3; A4; A5; A6; A7; A12;). Os serviços de saúde utilizados pelos participantes dos estudos incluíam Unidades Saúde da Família (USF), hospitais, centros de diabetes, ambulatório e atenção especializada (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A9; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16). Ademais, a utilização do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar teve um aumento decorrente do diabetes, sendo que 90% dos casos os entrevistados/participantes precisaram ser transportados para o hospital (A5).

Dois estudos, um realizado no Brasil e outro na Alemanha, analisaram as diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde dos indivíduos com DM tipo 2 (A1; A11). A idade média dos entrevistados foi de 60 anos e a maioria era aposentada. O consumo de álcool e cigarro foi maior entre os homens que entre as mulheres (A1; A11). No estudo brasileiro, evidenciou-se que a maioria das mulheres (75%) e homens (83%) referiram não possuir plano privado de saúde. Além disso, os serviços de saúde mais utilizados para tratamento do DM tipo 2 foram as USF (A1). O mau controle glicêmico foi mais prevalente entre homens do que em mulheres. Nas análises bivariadas entre os participantes com mau controle glicêmico demonstraram correlação entre o mau controle glicêmico com menos consultas médicas, menor número de medicamentos utilizados e estadias mais prolongadas de reabilitação, especialmente entre homens (A1; A11).

As barreiras enfrentadas para utilizar os serviços de saúde foram vistas de diferentes maneiras. Estudo com indianos evidenciou que fatores sociais influenciam na variabilidade da busca por assistência médica. Estes fatores, associados ao número de vezes que um médico foi procurado para consulta, resultou em relações com características predisponentes (idade e sexo), necessidade (uso da insulina) e autocuidado (A15). Quatro grandes barreiras e facilitadores para o acesso e uso de serviços de saúde foram identificados pelos migrantes árabes residentes na Austrália, dentre eles: crenças socioculturais e religiosas, experiências com profissionais de saúde e falta de conhecimento sobre os serviços de saúde (A7). Já para os imigrantes de Toronto, os problemas como longas esperas para consulta médica ou com especialistas, a falta de informações sobre onde procurar, barreiras linguísticas, dificuldades em encontrar um médico do mesmo sexo e lidar com custos não cobertos pelo seguro foram considerados como barreiras (A9). Além disso, um estudo com mulheres da Somália evidenciou que elas não recebiam nenhuma informação preventiva sobre a saúde, ou informações sobre as instalações e os serviços disponíveis para a prevenção de doenças (A8).

Um estudo realizado em uma clínica de diabetes localizada na China evidenciou como razões para o não comparecimento nas unidades de saúde a atitude e o pouco conhecimento em relação à triagem de complicações, cabendo destacar que cinco dos entrevistados não conseguiram seguir diversas orientações porque não sabiam ler, o que demonstra a necessidade de compreender diferentes aspectos que permeiam a vida da pessoa e podem influenciar no cuidado. Outros fatores limitantes incluem barreiras físicas e comorbidades, restrições familiares e financeiras. Alguns participantes tinham um horário diário limitado devido à necessidade de cuidar dos membros da família, ou os familiares que os trouxeram à clínica demonstravam dificuldade em acompanhá-los a várias consultas (A16).

Evidenciou-se ainda, no estudo realizado em Yaoundé – Camarões, que a taxa de uso dos serviços de saúde foi maior entre as pessoas com DM tipo 2 do que entre aquelas sem a doença. Também, observou-se uma associação entre diabetes e algumas DCNT e/ou complicações, incluindo HA (50,1%), doenças cardiovasculares (9,4%), neuropatia periférica (54,2%) e disfunção erétil (29,3%). As pessoas com DM tipo 2 atribuíram a doença a 91,5% de seus últimos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, enquanto aqueles sem diabetes atribuíram 75,4% de suas visitas a outras doenças (A6).

Tal realidade corrobora com estudo realizado na Austrália, no qual as comorbidades foram registradas em 84% dos casos, estando a HA presente em mais de um terço deles, hipercolesterolemia em mais de um quarto dos casos e depressão em 15% dos casos (A5). Ainda, um estudo americano evidenciou que a coorte apresentou elevadas taxas de comorbidades macrovasculares e fatores de risco, incluindo a HA (58,6%), a dislipidemia (46,8%), a doença cardíaca coronária (16,9%) e a obesidade (5,8%) (A14). As pessoas com complicações relacionadas ao DM tipo 2 ou hospitalizações anteriores apresentaram duas ou três vezes maior possibilidade de reinternação (A14)

Já, na Holanda, as pessoas com DM tipo 2 com alto índice de utilização dos serviços e frequentes visitas domiciliares tiveram, em média, 4,7 contatos presenciais com médicos ou enfermeiros da APS. Além disso, a idade, aliada ao uso de medicação oral e insulina, foram os preditores mais fortes para a alta utilização dos serviços de saúde (A13). Por fim, nos Estados Unidos da América (EUA), foi evidenciado que as pessoas com DM tipo 2 que relataram nenhuma consulta de saúde foram mais propensas a ter o valor da HbA1C maior que 9% e pressão arterial $\geq 140 / 90$ mmHg (A11).

Desse modo, as evidências científicas mostraram, a nível mundial, que vários fatores podem interferir na utilização dos serviços de saúde em relação ao DM tipo 2, incluindo a cultura, o acesso, as barreiras linguísticas, a infraestrutura inadequada, a idade e o sexo, dentre

outros. Portanto, o presente estudo contribuirá com a construção do conhecimento em saúde e enfermagem, pois permitirá conhecer a realidade local, haja vista que foram identificados apenas dois estudos realizados no Brasil sobre a temática, sendo que um deles avaliou a satisfação dos usuários e o outro comparou a utilização dos serviços de saúde com o gênero.

MÉTODO

Neste capítulo, será descrito o método proposto para a pesquisa. Constam o delineamento do estudo, o cenário, os participantes, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo. As pesquisas quantitativas consistem em investigações empíricas que possui a finalidade de delinear ou analisar as características de fatos ou fenômenos, com o intuito de fornecer dados sobre populações ou amostras estudadas (MARCONI; LAKATOS, 2019). Já a qualitativa “busca compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013 p. 376).

Na primeira etapa (Etapa 1), realizou-se uma pesquisa quantitativa cuja fonte de dados provém do projeto matricial “Estratificação do Risco Cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria - RS” que abrangeu todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e USF da zona urbana do município e foi realizado pelo Grupo de pesquisa “Cuidado Saúde e Enfermagem - Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, idosos e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde” vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFSM e aprovado pela Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS. O objetivo da pesquisa foi “caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na AB da zona urbana do município de Santa Maria”, e o delineamento metodológico foi quantitativo, descritivo e transversal.

Na segunda etapa (Etapa 2), realizou-se uma pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto às pessoas com DM tipo 2 autorreferido, que participaram do projeto matricial.

Desse modo, os principais aspectos metodológicos da pesquisa estão sintetizados no Quadro 2:

Quadro 2 – Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa. Santa Maria, RS, 2021.

	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
Cenário	UBS e USF da zona urbana de Santa Maria, RS	
Participantes	60 pessoas com DM tipo 2 autorreferido	15 pessoas com DM tipo 2 autorreferido
Coleta de dados	Entrevista semiestruturada por meio de um roteiro de entrevistas	Entrevista por ligação telefônica
Análise de dados	Estatística descritiva e analítica por meio do SPSS	Análise de conteúdo. NVivo para codificação e categorização

Fonte: autor da pesquisa.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa quantitativa do projeto matricial foi composto por todas as UBS e USF da zona urbana do município de Santa Maria - RS, mantendo o cenário para a etapa qualitativa.

Santa Maria localiza-se na região central no estado do RS. Possui uma população estimada de 280.505 habitantes, incluindo todas as áreas de abrangência (IBGE, 2018), sendo que a população adstrita na zona urbana totaliza 248.347 habitantes (SANTA MARIA, 2019). O município é dividido em oito regiões administrativas: Leste, Centro Leste, Sul, Centro, Nordeste, Norte, Centro Oeste e Oeste, com 41 bairros, e ainda possui nove distritos (SANTA MARIA, 2019).

A rede pública de Santa Maria é composta, além dos serviços de APS, por serviços de urgência e emergência, atenção especializada e atenção hospitalar (Quadro 3) (SANTA MARIA, 2018). A APS é constituída pelas UBS e USF; os serviços de urgência e emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h, porte III), Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Policlínica 24h; a atenção especializada pelas Policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); atenção hospitalar pelo Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM, alta densidade tecnológica) e Hospital Casa de Saúde (HCS, baixa densidade tecnológica). O município sedia ainda o Hospital Regional (no momento, conta com ambulatório de DM e HA, leitos de

internação e Unidade de Terapia Intensiva exclusivo para atendimentos de Covid-19) (SANTA MARIA, 2018).

Quadro 3 – Serviços de saúde distribuídos por região administrativa urbana. Santa Maria, RS, 2021.

(continua)

REGIÃO ADMINISTRATIVA URBANA	SERVIÇOS DE SAÚDE
REGIÃO OESTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Roberto Binato – duas equipes • USF Alto da Boa Vista – uma equipe • USF Parque Pinheiro Machado – uma equipe • USF Nova Santa Marta • USF São João – uma equipe • USF Victor Hoffmann – uma equipe • UBS Ruben Noal • UBS Floriano Rocha • Policlínica 24h Ruben Noal • Hospital Regional
REGIÃO CENTRO-OESTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Lídia • UBS Centro Social Urbano • PAM Flávio Miguel Schneider • SAMU 192
REGIÃO CENTRO	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Erasmo Crossetti • UBS Dom Antônio Reis • Policlínica Central • Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário • Casa Treze de Maio • CAPS Cia do Recomeço • CAPS Infantil • CAPS Prado Veppo
REGIÃO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Bela União • USF Kennedy – duas equipes • UBS Joy Betts • UBS Kennedy • Policlínica Norte • CEO – Centro de Especialidades Odontológicas • UPA 24h • HCS
REGIÃO NORDESTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Campestre • UBS Itararé • UBS Mozzaquatro • Policlínica Nordeste • CAPS Caminhos do Sol

Quadro 3 – Serviços de saúde por região administrativa urbana. Santa Maria, RS, 2021.

(conclusão)

REGIÃO ADMINISTRATIVA URBANA	SERVIÇOS DE SAÚDE
REGIÃO LESTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Wilson Paulo Noal • UBS Wilson Paulo Noal • UBS Walter Aita • Policlínica Leste • HUSM
REGIÃO CENTRO-LESTE	<ul style="list-style-type: none"> • USF Maringá – uma equipe • USF São José – duas equipes • UBS São Francisco
REGIÃO SUL	<ul style="list-style-type: none"> • USF Oneyde de Carvalho • USF Passo das Tropas • USF Santos – uma equipe • USF Urlândia – duas equipes • UBS Oneyde de Carvalho

Fonte: Adaptado de Santa Maria (2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da Etapa 1 (quantitativa) foram pessoas com DM tipo 2 autorreferido vinculadas ao projeto matricial. Foram definidos como critérios de inclusão: usuários da rede de saúde de ambos os sexos, atendidos na APS da zona urbana de Santa Maria - RS, com DM tipo 2 autorreferido e idade entre 20 e 79 anos. A amostra total do projeto matricial foi de 558 usuários da APS que apresentavam fatores de risco cardiovascular. Do total de participantes, 60 (10,8%) tinham DM tipo 2 autorreferido, porcentagem maior do que a da população brasileira em geral (SBD, 2019a; IDF, 2019).

Na Etapa 2 (qualitativa), selecionou-se pessoas com DM tipo 2 autorreferido, que participaram do projeto matricial. A localização dessas pessoas foi realizada por meio do sistema de registro de situação de saúde utilizado pelo município (Consulfarma), e todas foram convidadas a participar. O número de participantes foi determinado pela necessidade de informação e qualidade dos dados produzidos, até que fosse alcançada a reincidência e complementaridade das informações acerca do objeto de estudo (MINAYO, 2017).

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Etapa 1 – quantitativa

Na Etapa 1, foi utilizada a caracterização sociodemográfica e clínica referentes às pessoas com DM tipo 2 autorreferido no projeto matricial, com a devida autorização da pesquisadora responsável (ANEXO B).

Em relação ao projeto matricial, antes do início da coleta de dados, foi realizada uma capacitação para todos os pesquisadores e coletadores (acadêmicos da graduação em enfermagem e pós-graduandos do PPGEnf) envolvidos, com o objetivo de padronizar as aferições das variáveis do estudo. Cada coletador recebeu um “Manual para coleta de dados” contendo todas as informações sobre a pesquisa e os procedimentos para a coleta. Desse modo, buscou-se evitar potenciais vieses e dúvidas na seleção dos participantes, na coleta e organização dos dados.

Os dados foram coletados em todas as unidades de APS da zona urbana do município de Santa Maria – RS, no período de março a outubro de 2017. A coleta ocorreu da seguinte forma: ao finalizar a amostragem de uma região administrativa, foi iniciada a coleta de dados em outra, cabendo destacar que em alguns momentos os dados foram coletados concomitantemente em duas regiões administrativas.

As captações dos usuários nas unidades de saúde ocorreram de segunda a sexta-feira, de acordo com a demanda dos serviços, em turnos alternados (manhã e tarde). A captação foi aleatória e não sistemática, dessa forma, todos usuários que estavam nas unidades aguardando qualquer atendimento foram convidados a participar da pesquisa. Em virtude dos diversos serviços ofertados pelas unidades (atendimento na recepção, consulta médica e de enfermagem, vacinação, dispensação de medicamentos, procedimentos, grupos de saúde, dentre outros), não foi viável realizar a randomização com sequência pré-estabelecida. Contudo, conseguiu-se manter a aleatoriedade, visto que o convite foi realizado nas salas de espera e no momento de aguardar por diversos atendimentos, mantendo assim a não conveniência na abordagem.

Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada (ANEXO C) por meio de um roteiro que continha: caracterização sociodemográfica, fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e aplicação da Escala de Risco de Framingham. Ressalta-se que no presente estudo foi utilizada somente a caracterização sociodemográfica e clínica referentes às pessoas com DM tipo 2 autorreferido.

4.4.2 Etapa 2 – qualitativa

Na Etapa 2, procedeu-se à identificação das pessoas com DM tipo 2 que foram participantes da etapa quantitativa. Em seguida, foi acessado o sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo município (Consulfarma) para confirmar as informações e localizar os possíveis participantes da etapa qualitativa.

Inicialmente, a proposta de coleta dos dados se daria por meio de entrevistas presenciais, a serem realizadas na APS e/ou nas casas dos(as) participantes, conforme disponibilidade de cada um(a). Entretanto, devido à pandemia causada pela Covid-19, foi necessário adaptar todo esse processo.

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que um novo surto de coronavírus constituiu-se como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Esse novo coronavírus (SARS-CoV-2) é responsável por causar a Covid-19, a qual é altamente contagiosa (WHO, 2021; PAHO, 2021).

Posteriormente, em março de 2020, tendo em vista a rápida disseminação do vírus e o constante aumento do número de casos mundialmente, a Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia. Na tentativa de conter a disseminação da doença, a OMS estabeleceu medidas de distanciamento e isolamento social, além de protocolos específicos de higienização para a população. Tais medidas repercutiram diretamente na rotina das pessoas, o que implicou em uma mudança repentina de hábitos de vida e autocuidado (WHO, 2021; PAHO, 2021; CIOTTI et al., 2020).

Desse modo, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) uma emenda (ANEXO D) da pesquisa, justificando a mudança da técnica de coleta dos dados. Foi explicado que, em decorrência da pandemia, a estratégia para a coleta de dados precisou ser alterada para ser entrevista por ligação telefônica, evitando assim qualquer risco aos participantes e à pesquisadora. Ressalta-se que a ligação telefônica foi elencada como procedimento de coleta por ser o mais acessível do que técnicas como o uso de ferramentas que exigem a disponibilidade de conexão com a internet. Apesar de não permitir a identificação de possíveis sinais como gestos, posição durante a entrevista ou análise do ambiente, compreendeu-se que nesse momento seria a alternativa que incluiria mais participantes.

Como técnica de coleta de dados qualitativos, empregou-se a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). As entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição e análise. Segundo Marconi e Lakatos (2019, p. 213), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a

fim de que uma delas, mediante conversação, obtenha informações a respeito sobre determinado assunto, é um procedimento usado na coleta de dados”. A entrevista semiestruturada é conduzida por relação de pontos de interesse que o entrevistador explora ao longo de seu percurso (GIL, 2018).

O roteiro para a coleta de dados qualitativos foi composto por questões subjetivas, dentre elas: o que os participantes sabem sobre o DM tipo 2, como foram diagnosticados, os serviços que utilizaram e utilizam, as dificuldades e facilidades encontradas para acessar os serviços, além da opinião sobre o que poderia ser feito para diminuir essas dificuldades. Ademais, durante a primeira entrevista foi percebida a importância de abordar a pandemia, pois os(as) participantes relatavam sua vivência nesse contexto antes mesmo de serem questionados. Após ter as informações de cada participante, realizou-se a abordagem e o convite, de forma aleatória, somente pela pesquisadora (pós-graduanda do PPGEnf), por meio de ligação telefônica. Tal processo se deu no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021.

Durante o período de realização das entrevistas ocorreram algumas dificuldades, dentre elas: inexistência do número de telefone, recusa em participar da pesquisa por medo do desconhecido ou aceitar participar, desligar a ligação e não atender mais. Destaca-se que foi entrado em contato com enfermeiros(as) da APS para tentar localizar essas pessoas. Porém, a maioria não tinha o seu número atualizado no cadastro da unidade pertencente ou não possuíam mais vínculo. Percebe-se que entrevistas por meio telefônico geram medo, desconfiança e incerteza, o que geralmente não acontece quando esse processo é realizado de modo presencial. Mesmo com as dificuldades encontradas, foram entrevistadas 15 pessoas com DM tipo 2.

Em cada ligação, realizou-se a apresentação pessoal, a elucidação dos objetivos do estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois do aceite de cada participante, as entrevistas foram realizadas no próprio momento ou agendadas conforme a disponibilidade de cada um(a).

Cabe explicitar que a primeira entrevista realizada seria um teste piloto. No entanto, devido às dificuldades em conseguir participação das pessoas, pois das 60 pessoas da amostra, somente 15 aceitaram participar da entrevista qualitativa, a primeira entrevista foi incluída na análise, não contando como piloto.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. As respostas foram audiogravadas por um aplicativo de gravador digital do tipo MP3 Player e transcritas na íntegra pela autora do estudo, por meio da execução das falas no programa Windows Media Player. Procedeu-se a digitação das entrevistas no programa Microsoft Office Word versão 2016, eliminando os vícios de linguagem e, em seguida, o material foi submetido para análise.

Vale ressaltar, que a pesquisadora por trabalhar em um dos serviços de saúde utilizados pelos participantes do estudo, teve todo cuidado para não influenciar nas respostas e nem falar sobre o seu local do trabalho durante cada ligação. No momento pós entrevista, as dúvidas foram elucidadas e realizou-se orientações sobre o DM tipo 2. Além disso, também foi feito um *feedback* pós entrevista com os participantes, momento no qual puderam reafirmar ou complementar as respostas, além desse procedimento se caracterizar como uma forma de devolutiva realizada no encerramento de cada entrevista.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Etapa 1 – quantitativa

O banco de dados do projeto matricial estava armazenado no *software* Microsoft Excel versão 2016. Em relação ao controle de qualidade, os dados foram submetidos a dupla conferência para verificação de inconsistências, casos duplicados e incomuns. Posteriormente, foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva e analítica. Todas as análises foram realizadas por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.

Primeiramente, realizou-se a análise estatística descritiva para categorização da amostra e de todos os agrupamentos. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Após, na etapa analítica, para as análises de associação foi usado o teste Qui-quadrado (Qui^2) seguido pelo Coeficiente de contingência (C). O intervalo de confiança utilizado foi de 95%, com nível de significância $p < 0,05$ em todos os testes.

4.5.2 Etapa 2 – qualitativa

A análise foi realizada a partir dos depoimentos que emergiram das entrevistas junto às pessoas com DM tipo 2 autorreferido. Os dados gerados foram transcritos na íntegra e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo com base no referencial proposto por Bardin (2016).

Este método se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que é utilizado para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos. Auxilia na interpretação das mensagens e na compreensão de seus significados e possui três fases

fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. (BARDIN, 2016).

A fase da pré-análise é a organização do material com o objetivo de tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais (BARDIN, 2016). Assim, as entrevistas foram transcritas no *software* Microsoft Office Word versão 2016 eliminando os vícios de linguagem para melhor fluidez da leitura. Ainda, nessa fase, buscou-se a identificação de temas relacionados aos objetivos do estudo. Esta fase se subdividiu em:

a) Leitura flutuante: consistiu em estabelecer contato com os materiais. Nessa etapa, realizou-se a leitura exaustiva das transcrições, no qual auxiliou para ter os primeiros indicativos dos temas norteadoras.

b) Escolha dos documentos: fez-se a constituição do corpus, que é a delimitação do material analisado.

c) Formulação das hipóteses e dos objetivos: a hipótese consistiu em uma suposição do que se propõe verificar. Neste estudo, não se formulou hipótese, pois, a partir da análise de conteúdo, buscou-se temas para responder os objetivos.

d) A preparação do material: antes da análise propriamente dita, o material foi reunido e preparado.

A segunda etapa da análise de conteúdo foi a exploração do material. Esta é a etapa mais longa, na qual ocorreu o aprofundamento e a organização da análise realizada anteriormente, na pré-análise. Foi o momento em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitiram uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2016). Nessa etapa, utilizou-se o *software* NVivo versão 12 para realizar a codificação (identificação dos temas) e a categorização (aproximação dos temas afins para constituição das categorias temáticas).

O *software* NVivo auxilia no desenvolvimento de pesquisas qualitativas, por meio da organização, análise e mediante armazenamento, tratamento e codificação das entrevistas inseridas. Ressalta-se que todo o processo de análise é desenvolvido a partir da interpretação do pesquisador, visto que o programa não desenvolve ação interpretativa, somente extrai as informações dos textos (QSR INTERNATIONAL, 2021).

Para iniciar a análise do material, as entrevistas que estavam em arquivos no Microsoft Office Word foram inseridas no *software*. Após a inserção dos dados, foi realizada a leitura minuciosa do material e criação dos “Nós”, chamados temas. Esses “Nós” são grupos de codificação criados pelo pesquisador a partir da análise e seleção do texto. Foram criados três “Nós” relacionados especialmente ao tipo de serviço utilizado (atenção primária, secundária ou

terciária), bem como outro “Nó” sobre as potencialidades e barreiras relacionadas à utilização da rede de cuidado do município.

A terceira e última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa, foi exportado o conteúdo de texto dos “Nós” para o Microsoft Office Word, contendo informações relevantes para a análise dos dados, obtidas a partir da codificação realizada na etapa anterior. Para cada “Nó” elaborou-se um arquivo, contendo: o participante identificado com código representado pela letra P, seguido de número sequencial correspondente a ordem na qual o entrevistado contribuiu com a pesquisa, no intuito de preservar a identidade dos participantes (P1, P2, P3 etc.).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foram seguidos os aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 e Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b).

Destaca-se que a etapa quantitativa do projeto matricial, mencionada anteriormente, foi registrada no Portal de Projetos da UFSM, aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (ANEXO E) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSM em 12 de outubro de 2016, conforme parecer nº 1.772.115, com o CAAE: 60159416.2.0000.5346 (ANEXO F). Nesta etapa, o TCLE (ANEXO G) foi lido e assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora responsável. Além disso, o Termo de Confidencialidade (ANEXO H) foi disponibilizado, no qual a pesquisadora responsável assumiu a responsabilidade de manter o anonimato dos participantes da pesquisa.

A etapa qualitativa deste estudo também foi registrada no Portal de Projetos da UFSM, aprovada pelo NEPeS da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (ANEXO I) e aprovada pelo CEP da UFSM em 10 de dezembro de 2019, conforme parecer nº 3.757.888, com o CAAE: 26471819.8.0000.5346 (ANEXO J). Ademais, em decorrência da pandemia de Covid-19 resultou na necessidade de adaptações na execução do projeto. Portanto, foi enviada uma emenda (ANEXO D) ao CEP da UFSM, alterando a forma de coleta dos dados, com o intuito de preservar a saúde da entrevistadora e dos entrevistados.

Para a etapa qualitativa, o TCLE (APÊNDICE C), foi relatado de forma verbal por ligação telefônica, no qual os participantes foram informados, individualmente, em linguagem

acessível, acerca dos objetivos da pesquisa, dos benefícios e dos possíveis riscos que esta poderia proporcionar. Além disso, informou-se que não haveria obrigatoriedade de sua participação, que em qualquer momento da pesquisa poderiam solicitar sua exclusão e que isto não implicaria em prejuízo para o seu tratamento. Convém destacar que somente após a declaração verbal do aceite em participar da pesquisa que se deu início à entrevista.

Ainda, o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D) foi relatado de forma verbal, oportunidade na qual a pesquisadora assumiu a responsabilidade de manter o anonimato dos participantes da pesquisa. Dessa forma, foram mantidos os direitos de privacidade e de confidencialidade da identidade dos participantes.

Os benefícios da pesquisa para os entrevistados foram indiretos, visto que esta pesquisa pretendeu contribuir para a construção do conhecimento sobre o tema abordado, possibilitando aos profissionais de saúde desenvolver e elaborar ações de saúde com ênfase na prevenção de complicações decorrentes do DM tipo 2. Além disso, possibilitará aos gestores do município a elaboração de fluxos e protocolos que aprimorem a utilização dos serviços de saúde. Dentre os possíveis riscos, durante a realização desta pesquisa, os participantes poderiam apresentar alguns sentimentos, em especial quando estivessem relatando suas experiências. Caso isso ocorresse, a pesquisadora poderia interromper a entrevista e conversar a respeito dos sentimentos expressos pelos participantes, podendo suspendê-la. Assim, foi enfatizado que os participantes poderiam desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Ressalta-se que, devido ao fato da coleta de dados ocorrer por telefone, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não foram necessárias medidas de segurança relacionadas ao controle da Covid-19.

Cabe destacar que os dados provenientes deste estudo são de responsabilidade da pesquisadora e orientadora, e estão armazenados por um período de cinco anos na sala da orientadora, em armário chaveado no Departamento de Enfermagem da UFSM, Av. Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1305a, no Centro de Ciências da Saúde (CCS), no *campus* da UFSM, Cidade Universitária, bairro Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria - RS, Brasil. Após esse período, os dados serão destruídos de forma sustentável (os papéis serão triturados e encaminhados a reciclagem).

4.7 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

A translação do conhecimento é caracterizada como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, divulgação, troca e aplicação do conhecimento, visando contribuir com a promoção de saúde e o fortalecimento do sistema de saúde (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2016). Além disso, pode ampliar as evidências científicas, informar, transformar e facilitar mudanças nas políticas públicas, práticas e na prestação dos serviços de saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015; MARTINS; MARTINS, 2017).

Desse modo, os resultados desse estudo serão apresentados na defesa da dissertação, que se constitui como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Ao finalizar essa etapa, serão elaborados artigos científicos para publicação em periódicos com Qualis B1 ou superior e trabalhos para apresentação em eventos, incluindo congressos e seminários.

Além disso, a pesquisadora possui um compromisso ético em retornar os resultados do estudo aos participantes e as equipes de saúde da APS. Portanto, serão organizados encontros pela mestrandia nas unidades de saúde em data e horário de preferência dos profissionais de cada local. Ainda, será marcado um encontro com o responsável do NEPeS da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria para mostrar os resultados acerca da utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município por pessoas com DM tipo 2.

Sendo assim, por meio da devolutiva dos resultados, se buscará momentos de reflexão, compartilhamento de conhecimento, além de poder auxiliar na elaboração de estratégias que aprimorem as políticas públicas e auxiliem no controle das DCNT, em especial do DM tipo 2 no município.

5 RESULTADOS

Para a organização da apresentação dos resultados dessa pesquisa, o presente tópico será distribuído entre resultados quantitativos e qualitativos.

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS (ETAPA 1)

5.1.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS

A média de idade das 60 pessoas com DM tipo 2 autorreferido da APS do município de Santa Maria/RS, foi de 54,7 anos (\pm 12,8 anos). Os demais dados sociodemográficos serão apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

(continua)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	32	53,3
Feminino	28	46,7
Etnia		
Branca	44	73,3
Negra	05	8,3
Parda	10	16,7
Amarela	01	1,7
Faixa Etária		
20-29	02	3,3
30-39	03	5,0
40-49	18	30,0
50-59	14	23,3
60-69	16	26,7
70-79	07	11,7

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

(conclusão)

Estado Civil	
Solteiro	10 16,7
Divorciado	13 21,7
União Estável/Casado	31 51,6
Viúvo	06 10,0
Renda familiar com base no salário mínimo (R\$ 937,00)*	
Menos de um	32 53,3
Um a dois	20 33,3
Mais de dois até três	04 6,7
Mais de três até quatro	01 1,7
Mais de quatro	03 5,0
Anos de Estudo	
0 a 8 anos	38 63,3
9 a 11 anos	08 13,3
12 anos ou mais	14 23,3
Tipo de Habitação	
Própria	44 73,3
Cedida	06 10,0
Alugada	07 11,7
Outra/invasão	03 5,0
Número de residentes no Domicílio	
1 pessoa	08 13,3
2 pessoas	14 23,3
3 pessoas	14 23,3
4 pessoas	15 25,0
5 pessoas	06 10,0
6 ou mais pessoas	03 5,0

*Renda familiar com base no salário mínimo de 2017, período no qual foi realizada a coleta dos dados.
Fonte: resultados da pesquisa. Santa Maria, 2021.

Observou-se um predomínio do sexo masculino 32 (53,3%), etnia branca 44 (73,3%), com baixa renda familiar 32 (53,3%) e na faixa etária de 40-49 anos (18-30,0%). Além disso, a maioria possuía de zero a oito anos de estudo (38 - 63,3%), e foi possível verificar que com o aumento da faixa etária, os anos de estudo diminuía, o que foi evidenciado pelo fato de 29 participantes (76,3%) terem mais de 50 anos.

Ademais, em relação à presença de alguma limitação (visual, auditiva, motora e/ou mental), 49 (81,7%) não apresentava. Porém, vale destacar que, sete (11,7%) apresentavam limitação motora e quatro (6,7%), limitação visual.

Quanto aos hábitos de vida, destacou-se a inatividade física como um dos fatores predominantes, sendo que 35 (58,3%) dos(as) participantes da pesquisa não realizavam algum tipo de atividade, conforme apresentado na Tabela 2:

Tabela 2 – Hábitos de vida das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

Variável	n	%
Consumo de bebida alcoólica		
Não consome	42	70,0
Consome menos de 30 g de álcool por dia	16	26,7
Consome mais de 30g de álcool por dia	02	3,3
Hábito de Fumar		
Sim	07	11,7
Não	53	88,3
Considera-se estressado		
Sim	25	41,7
Não	35	58,3
Prática de atividade física		
Não	35	58,3
Sim - menos de 30 min/5 vezes por semana	15	25,0
Sim - mais de 30 min/5 vezes por semana	10	16,7

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2021.

Das 16 (26,7%) pessoas que consumiam menos de 30 g de álcool por dia, 12 (75,0%) eram do sexo masculino. Cabe destacar, que as pessoas que consumiam mais de 30g por dia 02 (3,3%) tinham mais de 60 anos. Além disso, dos que não praticavam atividade física (35 - 58,3%), 18 (51,4%) eram do sexo masculino e 17 (48,5%) do feminino. A seguir, serão apresentadas as características clínicas dos participantes da pesquisa (Tabela 3):

Tabela 3 – Características clínicas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

(continua)

Variável	n	%
Hipertensão Arterial		
Sim	36	60,0
Não	24	40,0
Obesidade		
Sim	35	58,3
Não	25	41,7
Sedentarismo		
Sim	35	58,3
Não	25	41,7
Dislipidemia		
Sim	33	55,0
Não	27	45,0
Acidente Vascular Encefálico (AVE)		
Sim	03	5,0
Não	57	95,0
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		
Sim	06	10,0
Não	54	90,0
Nefropatia		
Sim	03	5,0
Não	57	95,0
Retinopatia		
Sim	08	13,3
Não	52	86,7
Doenças Vascular Periférica (DVP)		
Sim	10	16,7
Não	50	83,3

Tabela 3 – Características clínicas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

(conclusão)

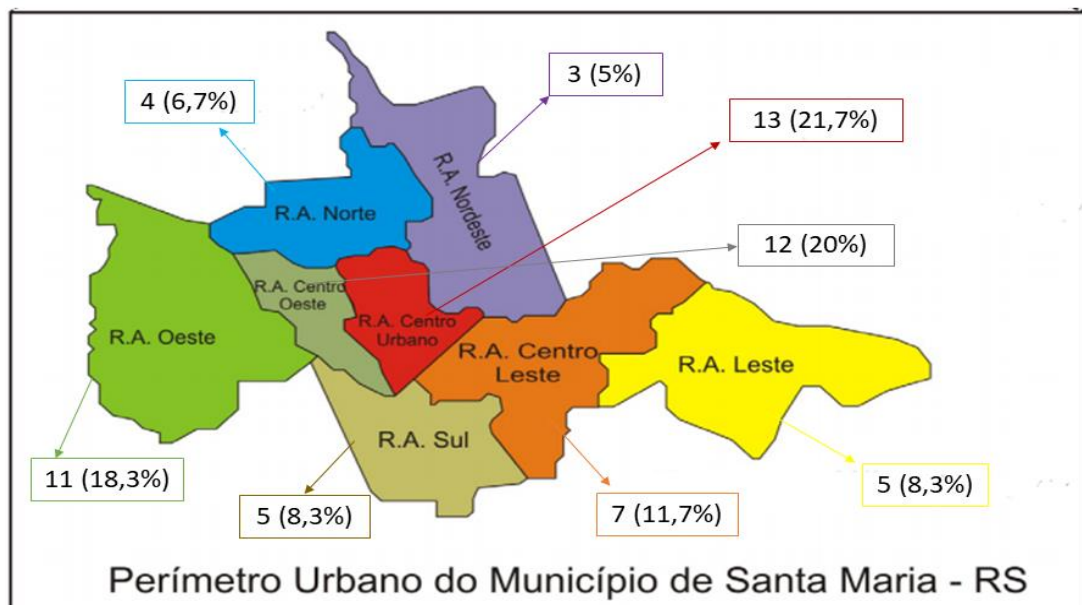
Tratamento para depressão		
Sim	18	30
Não	42	70

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2021.

Pode-se observar, na Tabela 3, que as características clínicas predominantes foram a HA em 36 (60,0%) dos participantes, sendo que 18 (50,0%) eram homens e 18 (50,0%) mulheres. A obesidade estava presente em 35 (58,3%) dos participantes, sendo que 19 eram mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos de idade e a dislipidemia estava presente em 33 (55,0%) dos entrevistados, sendo que ocorreu também o predomínio do sexo feminino (18 – 54,5%) a partir dos 40 anos.

Com o intuito de apresentar a distribuição dos participantes da pesquisa no município de Santa Maria - RS, procedeu-se a distribuição destes segundo regiões administrativas. Na Figura 1 encontra-se o mapa das regiões administrativas do perímetro urbano do município de Santa Maria em relação a concentração das pessoas com DM tipo 2 em cada região administrativa:

Figura 1 – Distribuição das pessoas com DM tipo 2 autorreferido nas regiões administrativas do perímetro urbano do município de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.



Fonte: adaptado do Instituto de Planejamento de Santa Maria (IPLAN), 2019.

Conforme o mapa apresentado, identificou-se que as regiões Centro-Urbano e Centro-Oeste possuíam a maior concentração de pessoas com DM tipo 2, sendo que 13 (21,7%) residiam na região do Centro-Urbano e 12 (20,0%) na Centro-Oeste, totalizando 25 (41,7%) dos 60 participantes. Essas regiões foram seguidas pela Oeste, com 11 (18,3%) de pessoas com DM tipo 2 autorreferido. Vale ressaltar que em todas as regiões foi registrado o predomínio do sexo masculino. Ademais, a região Nordeste foi a que registrou menor concentração de pessoas com DM tipo 2 autorreferido.

Nos dados da Tabela 4, observam-se as associações entre as regiões administrativas com a renda familiar de cada participante do estudo.

Tabela 4 – Associações das regiões administrativas com a renda familiar das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

	Renda familiar					p*
	< 01 salário	01 a 02 salários	> 02 até 03 salários	> 03 até 04 salários	> 04 salários	
Regiões						
Centro-Leste	05(8,3%)	02(3,3%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	0,035
Centro-Oeste	12(20,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	0,035
Centro-Urbano	04(6,7%)	05(8,3%)	02(3,3%)	00(0,0%)	02(3,3%)	0,035
Leste	03(5,0%)	02(3,3%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	0,035
Nordeste	00(0,0%)	03(5,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	0,035
Norte	02(3,3%)	02(3,3%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	0,035
Oeste	05(8,3%)	05(8,3%)	00(0,0%)	01(1,7%)	00(0,0%)	0,035
Sul	01(1,7%)	01(1,7%)	02(3,3%)	00(0,0%)	01(1,7%)	0,035

*teste de proporções ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa. Santa Maria, 2021.

Percebeu-se que a maioria das pessoas com baixa renda pertenciam a região do Centro-Oeste, 12 (20,0%) com o valor de $p=0,035$ mostrando significância nos resultados encontrados. Além disso, pelo Coeficiente de Contingência (Coef. Cont. C: -1 a +1, sendo 0 nenhuma relação, -1 uma relação perfeita inversamente proporcional e +1 uma relação perfeita

diretamente proporcional) com resultado de 0,646, mostrou uma relação diretamente proporcional, no qual pode-se evidenciar que as frequências dos valores das variáveis regiões e renda possuíam influências significativas. Notou-se que as pessoas com DM tipo 2 da região Centro-Oeste possuíam uma vulnerabilidade maior na renda familiar, pois todos os entrevistados desta região se encaixavam no valor menor que um salário-mínimo.

Na tabela abaixo (Tabela 5), encontra-se as associações entre as regiões administrativas com a condição crônica (HA) associado ao DM tipo 2 de cada participante do estudo.

Tabela 5 – Associações entre regiões administrativas e condição crônica (HA) das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

	HA		p*
	Sim	Não	
Centro-Leste	02(3,3%)	05(8,3%)	0,002
Centro-Oeste	06(10,0%)	06(10,0%)	0,002
Centro-Urbano	09(15,0%)	04(6,7%)	0,002
Regiões Leste	05(8,3%)	00(0,0%)	0,002
Nordeste	03(5,0%)	00(0,0%)	0,002
Norte	01(1,7%)	03(5,0%)	0,002
Oeste	10(16,7%)	01(1,7%)	0,002
Sul	00(0,0%)	05(8,3%)	0,002

*teste de proporções ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa. Santa Maria, 2021.

Em relação às pessoas que possuem DM tipo 2 associadas com a condição crônica de HA, notou-se que a região Sul foi a única cujos entrevistados não possuíam HA. Porém, nas regiões Oeste e Centro-Urbano, a maioria tinha a HA ao DM, sendo 10 (16,7%) e nove (15,0%) respectivamente.

Ademais, observando o valor de $p=0,002$, notou-se uma significância nos resultados encontrados. Também, pelo Coeficiente de Contingência, com o resultado de 0,527, o qual

mostrou uma relação diretamente proporcional, sendo possível evidenciar que as frequências dos valores das variáveis regiões com a HA possuíam influências significativas.

Por fim, nos dados da Tabela 6, observam-se as associações entre os anos de estudo com o sexo de cada participante do estudo.

Tabela 6 – Associações dos anos de estudo com o sexo das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria - RS (n=60). Santa Maria, RS, 2021.

	Sexo		p*
	Masculino	Feminino	
0 a 08 anos	20(33,3%)	18(30,0%)	0,475
Anos de estudo 09 a 11 anos	03(5,0%)	05(8,3%)	0,475
12 ou mais	09(15,0%)	05(8,3%)	0,475

*teste de proporções ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa. Santa Maria, 2021.

Percebeu-se na tabela acima que não foi encontrada associação entre os anos de estudo com o sexo abordadas no estudo ($p=0,475$). A maioria das pessoas com DM tipo 2 possuíam baixa escolaridade, sendo 38(63,3%) com zero a oito anos de estudo. O baixo letramento pode interferir na utilização dos serviços, pois algumas vezes dificulta no entendimento e autocuidado da sua condição crônica, fazendo com que precisem utilizar os serviços especializados e hospitais de alta densidade tecnológica devido as complicações do DM.

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS (ETAPA 2)

5.2.1 Características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS

Embora tenham contribuído com a etapa qualitativa uma parcela das mesmas pessoas que participaram da etapa quantitativa, torna-se importante apresentar uma breve caracterização

dos participantes dessa etapa, a fim de descrever aspectos relacionados à faixa etária, ao sexo e a quais regiões do município pertencem.

Foram entrevistadas 15 pessoas com DM tipo 2 autorreferido, sendo dez homens e cinco mulheres. A faixa etária foi de 44 a 76 anos, com média de idade de 57,93 anos ($\pm 09,33$ anos). No quadro abaixo (Quadro 4) encontram-se os códigos atribuídos para cada participante, idade, sexo e a qual região administrativa do município pertence.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2021.

Código de identificação	Sexo	Idade	Região administrativa a qual pertence
P1	Masculino	72	Oeste
P2	Feminino	56	Centro-Leste
P3	Masculino	45	Centro (era da Sul)
P4	Masculino	46	Centro (era da Sul)
P5	Feminino	58	Oeste
P6	Feminino	60	Centro
P7	Masculino	57	Centro-Oeste
P8	Masculino	65	Leste
P9	Masculino	69	Oeste
P10	Masculino	44	Centro
P11	Masculino	76	Oeste (era do Centro)
P12	Masculino	57	Oeste
P13	Feminino	50	Oeste
P14	Feminino	53	Leste (era do Centro)
P15	Masculino	61	Sul

Fonte: resultados da pesquisa. Santa Maria/RS, 2021.

Dentre as regiões administrativas, predominou a região Oeste com cinco pessoas. Ademais, alguns participantes mudaram de região de moradia no período entre a etapa quantitativa e a etapa qualitativa, conforme sinalizado no quadro acima.

5.2.2 Percepção das pessoas com DM tipo 2 acerca dos serviços de saúde do município de Santa Maria - RS

Neste tópico, os resultados serão apresentados em três subtítulos, elaborados conforme os serviços de saúde do município de Santa Maria - RS mencionados pelos participantes. A partir disso, foi possível relacioná-los aos níveis de atenção à saúde, conforme a divisão estrutural dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, primário, secundário e terciário.

5.2.2.1 Utilização dos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde

Quando questionados a respeito da utilização dos serviços de APS, alguns dos participantes utilizavam as unidades de saúde do município como porta de entrada para diagnóstico em DM. Além disso, nos serviços de saúde ocorria a renovação de receitas, atestados médicos, verificação de níveis glicêmicos, exames e consultas.

Fiquei sabendo que tenho diabetes aqui no posto mesmo que me deram o remédio e tudo. Vou no posto e no [nome serviço especializado]. (P5)

Olha, foi no posto mesmo que descobri o diabetes. Eu sempre vou no posto do [nome do bairro]. (P7)

Percebeu-se que o serviço especializado era a contrarreferência dos(as) usuários(as) para a APS para renovação de receitas e exames de acompanhamento do DM. A APS também é porta de entrada para a verificação de glicemia capilar, como foi visto nos seguintes depoimentos.

No posto vamos para poder encaminhar o papel que o [nome do serviço especializado] dá. Demora um pouco, mas sempre fui bem atendida. Ali eu renovo receita, e às vezes quando preciso fazer o exame de glicose. Eu fazia sempre no posto, daí houve um tempo que eles só faziam para as pessoas que usavam insulina. Então eu parei. Agora, esses dias eu fui lá, o doutor que estava lá atendendo fez o exame de glicose. (P5)

Hoje eu vou ir no posto para ver se consigo marcar para verificar (a glicemia). Eu tenho que ter o controle, a doutora disse. É aqui na [nome da unidade de saúde], que tem que fazer controle de semana em semana. (P2)

É a [nome da unidade de saúde], é muito bom o atendimento, eu gostei do atendimento. Eu estava relutante para ir, mas no fim gostei. Eu fui no posto, ali eu

tenho que ir duas consultas no ano. Aí eu fui no posto de saúde, me marcaram consulta. (P15)

O único acompanhamento que eu tenho é a [nome da unidade de saúde] do bairro. Em média de 6 em 6 meses que eu retorno lá, para fazer exames, mas é com clínico geral, não tem nenhum especialista para fazer o acompanhamento. (P12)

Notadamente, a continuidade do cuidado de pessoas com DM foi feita pela APS. A avaliação da UBS passa pelo rápido atendimento, pelas orientações que são repassadas pela equipe.

Só no posto trato o Diabetes. Ali é bom, ele já atende um monte de gente. Eu, no meu caso, sou bem atendido. Eu fui ali há uns dias para renovação da receita que tinha que trocar e fui atendido na hora. Eu não tenho queixa sobre isso não. Tanto o doutor como as enfermeiras estão sempre orientando, dizendo para o cara se cuidar quanto à alimentação, tomar os remédios direitinho, é sempre isso que eles orientam. (P7)

Eu faço aqui no postinho do bairro. Só vou lá no postinho quando precisa. Está até bom o atendimento deles. Acho que é bem fácil para fazer o atendimento. Eu tenho que ir só um dia e eles marcam para outro dia a consulta para ti. (P14)

Os depoimentos a seguir revelaram que a Unidade de Saúde pode estar limitada a renovação de receita, sem avaliação clínica do(a) usuário(a).

Às vezes eu vou no posto só para pegar as receitas. Aqui no bairro tem um postinho. A enfermeira chefe é minha conhecida. Ela me dá muita mão aqui também. É só a receita, o que está faltando eu já pego. Eles me dão e dizem “pode vir aqui que nós te damos”. Essas coisas do diabetes eu pego pelo SUS. (Na verdade), eu nem vou no posto. Quando eu peço, eu peço para as minhas gurias irem ali, a minha nora vai ali, conversa com elas e elas dizem “pode pegar aqui”. Ela sempre pega essas receitas. (P8)

Eu ia mais para fazer insulina e fazer o teste da glicose. Consulta mesmo é muito difícil, é raro. (P11)

Foi possível identificar, nos depoimentos anteriormente, o pouco vínculo de algumas pessoas com DM tipo 2 com a APS. Acabavam frequentando esporadicamente ou apenas para realizar determinados procedimentos e obter receita médica. Ademais, além de fazerem acompanhamento exclusivamente com o serviço público do município, também passavam por consultas no setor privado, as que possuíam convênio.

Eu nunca tinha deixado do plano de saúde por ter o problema ou senão eu consulto quando preciso aqui no bairro que é o postinho de saúde mais próximo da minha casa. Mas assim, infelizmente, com o governo é meio complicado para ti tirar uma

ficha e poder ir consultar. Então hoje ainda para exames é mais pelo plano de saúde que eu tenho e que o meu trabalho oferece. Eu digo que somos privilegiados, mas muita gente às vezes não tem condições porque o plano de saúde é caro para pagar. Só que se depender totalmente, eu digo do governo ou de um posto estadual ou municipal, é complicado. Eu pego pelo município as minhas fichinhas as tirinhas para fazer o teste de glicose e de tempo em tempo eu tenho que renovar... e isso eu acho ridículo a receita e o atestado no posto de saúde municipal e eu não entendo porque o governo exige isso, pois a partir do momento que tu tens diabetes, até hoje não existe cura né?(P3)

Depois que perdi o convênio médico da empresa comecei a acompanhar pelo SUS, pelo Sistema Único. É o posto de saúde. Eu consegui por agendamento, marquei e agendei. Então cada vez que eu vou consultar ela marca, para eu retornar. Eu tenho o acompanhamento já. Os exames e as consultas são pelo posto. A medicação eu tenho que comprar. (P10)

Há também quem não utilizava a APS para o controle da DM. Nem a pontualidade apresentada em outros casos, como renovação de receita e verificação da glicemia.

No posto de saúde só fui tomar a vacina da gripe. Não faço nenhum acompanhamento lá, não pego receita e nem os medicamentos. Na [farmácia] popular eles não me vendem com receita privada, no caso tenho que pagar os medicamentos. (P4)

Conforme os relatos acima, percebeu-se que alguns participantes possuíam plano de saúde e não procuravam atendimento na APS, seja tanto pelas condições financeiras quanto por dificuldade de acesso, devido ao tempo de espera para conseguir agendar uma consulta. Ademais, destacou-se que um dos participantes, após se aposentar, perdeu o plano de saúde privado fornecido pelo local de trabalho, o que resultou na necessidade de utilização dos serviços fornecidos pelo SUS.

Foi constatado também que, mesmo possuindo plano privado de saúde, este não foi utilizado com frequência devido às condições financeiras para custear os exames solicitados e às medicações que precisavam ser compradas. Percebeu-se que os planos privados não atendem por completo as necessidades dos entrevistados, visto que quando precisavam de exames e medicações, o fornecimento foi todo realizado via SUS, conforme apresentado nos fragmentos dos depoimentos a seguir.

Mais é via posto mesmo ou se precisar de urgente ou alguma coisa seria no convênio. Mais é pelo posto e no convênio, mas é como eu te disse, a gente pega e faz os exames. (P2)

No convênio tenho um plano. Mas é um plano pequeno, mas atende muito bem. Dão um desconto de 40%, 60% a gente paga igual. Primeiro, eu ia lá, consultava e pagava a consulta e.... lá no posto, eles me trocavam a receita. Trocavam os exames para o SUS. Então era beleza. Pagava uma quantia, mas agora não dão mais, se foi lá no particular tu tens condições de fazer exames, comprar remédio e tudo. (P1)

A realidade trazida pelos entrevistados demonstrou o desafio inerente à convivência entre o serviço público e o privado na saúde brasileira, visto que o poder de compra se dá especialmente pela consulta médica, mas não permanece para a realização de exames de acompanhamento e obtenção das medicações para que ocorra o tratamento adequado. Ao serem questionados a respeito das fortalezas relacionadas ao processo de acompanhamento na APS, percebeu-se que quando possuíam vínculo com a equipe, escuta e acolhimento, o serviço de saúde se tornava referência para o manejo do DM tipo 2. Constatou-se as potencialidades nos relatos, relacionada à avaliação de unidades de saúde da APS.

Eu estava com o doutor (...), depois ele foi embora e entrou no lugar dele, um médico que é do exército, bem novo que é o guri e ele se interessou. Passou um mês e sabe eu vou ter que te encaminhar para outro lugar para você melhorar. (P1)

Demora um pouco, mas sempre fui bem atendida. (P5)

O atendimento dos profissionais não tenho o que reclamar. (P10)

Doutor (...), aqui do posto, ele é um cara 100% também, me tratou bem. Fui consultando a cada 15, 20 dias, marcava uma consulta, levava o resultado dos exames, tudo. (P9)

O posto de saúde aqui do bairro é muito bom. Eu sempre gostei, aqui as minhas netas, minha ex-mulher e todos são atendidos ali. Temos umas conhecidas, então pedimos para elas. Elas fazem de tudo para a gente. (P8)

Os doutores do posto são muito bons. O problema é tu chegares ali e conseguir. Os doutores e as enfermeiras, até a fisioterapia do posto são muito atenciosos. (P13)

O atendimento é fora de série em qualquer um dos três lugares, mas agora mais quem mais assumiu lá do diabetes é um doutor aqui do posto. O mais fácil que tem para mim foi aqui no posto. Tudo de graça, os medicamentos que eu tomo. O mês passado eu gastei 700 reais de medicamento. Enfim para te resumir, me deram toda a medicação que eu tomo, tirei na farmácia popular, então nota 10. (P15)

No entanto, para alguns entrevistados essa realidade direcionada às potencialidades não correspondia. Os depoimentos demonstraram insatisfação com a relação interpessoal e a falta de acolhimento por parte de alguns membros das equipes.

A gente é acostumada com o posto, que só tem mal-amados, sei lá o quê, sempre...qualquer coisinha, meu Deus do céu porque eu fui para aí, parecia ninguém. Nem dão bola para a gente, nunca tem ficha... e agora não adianta nem ir lá, porque só estão atendendo urgente. Eu estava fazendo tratamento no posto, quando o posto funcionava, agora está ruim mesmo e tenho vergonha de dizer isso, o nosso posto aqui do bairro...está difícil...pode ser que agora quem ganha, tomara que de um jeito. Olha, o lugar mais difícil... antes foi no próprio posto que eu tive. Lá os médicos trocam toda hora, eles pegam médico contratado. Então, se o médico te conhece, tu conheces ele, então ele já sabe tudo o que tu tens. Aí troca de médico e começa tudo de novo. (P1)

Acho que às vezes parece que as pessoas não fazem assim porque não ligam, a gente tenta agendar e aí estão conversando, não atendem. (P5)

É mais complicado, vai ali tu demoras um século. Ali é bem chatinho. Acho que aqui faz uns três, quatro anos que não cruza nenhum Agente de saúde na frente. E se ela cruza, cruza direto. É complicadíssimo. (P2)

Os entrevistados demonstraram significados à forma como eram recebidos e acolhidos no serviço, denunciando como desqualificado o atendimento prestado. Tal situação pode gerar resistência e, conseqüentemente, dificuldade com a criação e manutenção de vínculo com as equipes. Além disso, os relatos fornecidos permitiram identificar que as dificuldades também estavam relacionadas ao processo de trabalho e com o fluxo de atendimento de cada local, como a distribuição de fichas e o agendamento por telefone.

Agora é assim, de manhã, é segunda e terça pelo telefone. E não era, primeiro, tu telefonavas, marcavas e depois só ia para consulta, e agora não, está sempre ocupado. E agora fui lá, falei com as gurias, e as gurias sempre tem uma desculpa, que toda semana a gente tenta, até para não ficar desligado da unidade nossa ali. Acho que ali é isso que tem que acontecer, melhorar o negócio de dar fichas também, porque o pessoal vai para lá de madrugada, três horas, madrugam até mais e chega na hora deles não tem ficha. Demora no nosso posto, leva o dia todo, mas não é só no nosso posto, é em todos. É geral. Aonde é do SUS sempre é difícil. Olha, está difícil. Até parece que é má vontade que a gente não vai lá, mas eu vou, sempre fui. (P1)

Com o governo é meio complicado para tu tirares uma ficha e poder ir consultar. No posto de saúde a partir da uma (hora) da tarde eles entregam a ficha. Só que entre os 30 para conseguir ficha a uma da tarde tu tens que chegar em torno de 9 horas da manhã e ficar ali. Então quer dizer que se tu trabalhas de manhã ou de tarde... tu estás ralado e daí tu consegues marca para outra semana... aí a consulta é às 7 da manhã. Tu chegas às 7 da manhã é tua hora de chegada, então se tu quiseres ser atendido às 7 para chegar no teu serviço às 8 tu tens que estar desde as 3h da manhã no posto. Eu tenho que fazer isso para pegar um atestado... eu acho isso desnecessário, mas tudo bem. Eu fico pensando em quem depende de tudo do posto, fica difícil, até para própria pessoa fazer o controle. (P3)

Mas é a falta de eficiência de fichas, é difícil...para agendar demora muito tempo. (P10)

Evidenciou-se, portanto, que o modo de organização do acesso nas unidades básicas de referência dos entrevistados acima, dificultava a utilização dos serviços da APS para pessoas com DM tipo 2. Ademais, os impactos provocados pela pandemia causada pela Covid-19, também dificultou a manutenção dos atendimentos, aspectos reforçados nos fragmentos a seguir.

Se conseguia? Tranquilo, telefonava para lá, esperava um pouquinho e daqui a pouco eles atendiam. Não tinha problema, mas depois quando teve essa peste brava

(COVID-19), estragou tudo. Sempre foi difícil, mas antes a gente conseguia. Ia num dia não conseguia, ia no outro dia não conseguia. Às vezes levava uns três, quatro dias para marcar. Mas agora não, agora parou mesmo. E não adianta a gente falar porque o pessoal está, como é que se diz, tão aí fazendo campanha. E pelo menos... como é que vou te dizer, diz que está tudo maravilha. (P1)

Mas com essa função aí (COVID-19) eu não estava indo mais, porque não tinha médico e estavam atendendo muito preferencialmente. Ficou pior a situação (COVID-19). O atendimento está muito demorado, porque a população é muito grande e essas doenças tão aparecendo muito. Então é complicadinho. (P2)

Por meio dos relatos elencados, identificou-se a percepção de cada um dos entrevistados sobre a utilização da APS para o manejo do DM tipo 2, contribuindo com um processo de avaliação e reflexão acerca de possíveis ajustes no trabalho que vem sendo realizado nesse nível de atenção. Faz-se necessário lembrar que os participantes desta pesquisa foram captados na APS, ou seja, conheciam as unidades e estavam relatando experiências pessoais.

5.2.2.2 Utilização dos serviços de saúde da Atenção Secundária à Saúde

O serviço ambulatorial especializado foi um dos locais citados pelos participantes em termos de utilização. Destaca-se que para receber esse tipo de acompanhamento é necessário estar em atendimento pela APS para, em caso de necessidade, ser encaminhado ao serviço especializado. Os relatos permitiram identificar um itinerário que se inicia pela APS, passa pelo serviço ambulatorial (atenção secundária) e chega até a clínica renal (atenção terciária). Desse modo, percebeu-se que alguns participantes transitavam pelos serviços de saúde do município pertencentes a todos os níveis para fazer acompanhamento do DM e tratar as complicações decorrentes da doença.

A partir dali (APS) que me encaminharam para o [nome do serviço especializado]. Que daí teria um acompanhamento melhor com mais especialistas. No meu caso nessa parte do diabetes foi esse atendimento no [nome do serviço especializado]. Que eu passei por todas essas especialidades. Então, acho que comecei no ano passado, 2019. (P6)

Não demorou um mês, foi uns 20 dias e acho que o [nome do serviço especializado] me chamou. Fui encaminhado e 20 dias já consegui. Me chamaram e consegui... e continuo, só que agora espaçou mais porque melhorei, um pouco. [...] E por intermédio desse serviço, eu entrei na clínica renal do [nome do serviço hospitalar]. (P1)

Eu me trato lá no [nome do serviço especializado], do coração. Só no de cardiologia. Já vai fazer acho que um ano. Foi por intermédio do posto aqui. (P15)

Médico conversou comigo e me tratou. Ele prescreveu todos os remédios, eu estava tomando certinho, mas não estava me adiantando muito e ele me disse assim “vou te passar para o [nome do serviço especializado]” Bom, beleza, eu queria mesmo ir, eu já tinha a informação dali que era muito bom, sabe? Eu já tinha informação porque todo mundo fala muito bem do [nome do serviço especializado] eu disse, “mas era isso que eu queria, mesmo doutor”, disse para ele. (P9)

Foi destacada a importância desse serviço para o tratamento do DM com avaliações positivas em relação ao acolhimento e atendimento de todos os profissionais.

O pessoal que eu nunca vi. Nem quando eu estava fora, não era bem tratado como é ali. Continuo me tratando no [nome do serviço especializado], graças a Deus! Graças a Deus que eu estou no [nome do serviço especializado]. Está mais espaçado as consultas porque eu melhorei, graças a Deus! Mas olha, não tenho nada a falar, a não ser falar de bem. É muito bem atendido. Como é que se diz, não tem cara feia, não tem nada. Chega ali e as gurias já vem na hora fazer a ficha e não demora dependendo a hora que chegar. (P1)

Estou indo no [nome do serviço especializado] também. Muito bom. Ali o atendimento é fora de série. Depois eu comecei a ir, não me arrependo nem um pouquinho, acho que eu não quero sair. Eu acho que até agora está tudo ótimo. Tudo ótimo, tudo 100%. O atendimento no [nome do serviço especializado], Deus o livre, é 10. A gente tem um tratamento como se fosse tudo particular, os médicos. Porque eles tratam muito bem a gente, e todos do [nome do serviço especializado], tudo em geral. (P9)

Excelente atendimento, tudo, não tenho do que reclamar. Dá uma segurança na gente por causa do atendimento todo. Ótimo. (P6)

Notou-se que a boa avaliação do serviço especializado estava relacionada ao modo como as pessoas eram tratadas, destaque para “não tem cara feia”, referindo-se à cordialidade no atendimento. A facilidade no acesso também foi referida, lembrando que para ser encaminhado ao serviço citado, a pessoa precisa estar com a doença descompensada, sem controle. Ademais, as pessoas com DM tipo 2 sentiam-se mais seguras em relação às orientações recebidas, a facilidade de conseguir transitar por atendimentos com várias especialidades e por conseguirem realizar diversos exames pelo SUS.

No [nome do serviço especializado] recebo bastante informações, é ótimo lá! Foi o que fez eu mudar. Foi a consciência e aprendizagem que foi passando por ali, ter esse acompanhamento que fez eu mudar. Isso é muito importante, a ajuda dos médicos que fazem parte do [nome do serviço especializado]. Porque cada vez que te chamam lá que tu vais numa especialidade é uma orientação que tu recebes. Fui no cardiologista, endocrinologista, até psicóloga tem. O nefro... então todas essas especialidades foram ali no [nome do serviço especializado]. Eu nem teria condições de pagar outro, nem saberia que tinha diabetes e que teria que procurar esses médicos. Então tudo foi orientação do [nome do serviço especializado] mesmo. (P6)

No [nome do serviço especializado] também, fiz um monte de exames. Ali é bem bom. Gosto muito do atendimento! Esses dias fui no [nome do serviço especializado], então agora só vou em maio. (P5)

Lá no [nome do serviço especializado] também tem um atendimento muito bom. Mas lá, eu fiz tudo. Fiz exame sem gastar nada. Eu saí de lá com exame marcado em clínica particular. É só os exames, algum tipo de exame de radiografia, ecografia, ressonância, essas coisas assim. Agora eu não estou tendo mais problema porque eu estou no [nome do serviço especializado]. Lá eu faço tudo, até exame de laboratório eu fiz lá. (P15)

Apesar dos aspectos positivos apresentados nos relatos dos entrevistados, com destaque para as informações recebidas, que promovem conscientização e aprendizado, a maioria dos participantes que estavam em acompanhamento no serviço ambulatorial especializado não mantinham acompanhamento e vínculo com o serviço de referência da APS. Alguns relataram que, devido a pandemia, tiveram dificuldades de acessar a APS e outros preferiam ficar somente no serviço ambulatorial, pois conseguiam ter todas especialidades e exames com mais facilidade.

As consultas eu só faço no [nome do serviço especializado]. Eu não tenho ido no posto, mas eu acho que eu vou ter que ir ali. Eles sempre me recomendam eu ir ali no posto. Eu agora com a pandemia não tenho ido no posto, só fui no [nome do serviço especializado]. (P9)

Somente com o [nome do serviço especializado] que eu estou fazendo acompanhamento. Lá no posto, esse posto eu não estou indo não. Uma que é por causa da pandemia e outra que como já estou sendo atendida ali no [nome do serviço especializado]. Então, eu já estou tendo esse atendimento. Eu agora vou ver se pelo menos eu volto lá (APS) para entregar essa documentação que eu tive esse acompanhamento pelo [nome do serviço especializado]. Para ficarem sabendo que está tudo certo. (P6)

Os relatos apresentados demonstraram uma lacuna em relação ao vínculo com o serviço de APS de origem, reforçando a necessidade de estabelecimento de um elo entre os serviços primários e secundários para que o acompanhamento da pessoa com DM tipo 2 seja efetivo. Ressalta-se que o atendimento das pessoas com condições crônicas depende da ação coordenada de uma equipe multiprofissional no serviço especializado atuando em conjunto com a APS, e que a presença dessa integração entre os especialistas e as equipes de APS, envolvendo conhecimento pessoal, clínico e o cuidado compartilhado, tem o potencial de contribuir com o fortalecimento das relações e vínculos entre os serviços de saúde e os usuários.

Portanto, destaca-se que o serviço especializado presta apoio à APS, assim sendo, esses componentes das RAS precisam trabalhar em conjunto, fortalecendo o vínculo entre as equipes para seguir o cuidado compartilhado e auxiliar as pessoas com DM tipo 2 no autocuidado e adesão ao tratamento, evitando que desenvolvam complicações relacionadas à progressão da doença.

5.2.2.3 Utilização dos serviços de saúde da Atenção Terciária à Saúde

Os locais citados que compreenderam a Atenção Terciária foram os hospitais que realizavam hemodiálise, consultas, cirurgias e internações que necessitavam de alta densidade tecnológica. Pode-se observar que o acesso aos serviços se deu por meio de encaminhamento da APS, o que muitas vezes foi visto como uma dificuldade pelo fato de precisar aguardar ser chamado para atendimento conforme o fluxo da Secretaria Municipal de Saúde. Outras vezes, a entrada foi direta no hospital.

Na verdade, eu comecei lá no [nome do serviço hospitalar], na nefrologia, comecei a fazer o controle do diabetes. Eu faço hemodiálise, três vezes por semana. Segunda, quarta e sexta. (P15)

Olha não sei quantas vezes eu já fui mal, mal para morrer mesmo e passava dois dias e já estava bom. Não tenho queixa de nenhum dos hospitais e sabe, tenho muito a agradecer a eles, porque eles me levantaram. Eu gosto dali de todos, até as minhas tias que estavam aqui em casa eu digo “quando eu estou no hospital lá eu estou tranquilo” não tem discussão, quando eu estou lá eu estou bem descansado, bem tranquilo. (P8)

E lá no [nome do serviço hospitalar], eles...um dia eles me ligaram de lá, acho que eu fui encaminhada do posto. Eles me ligaram de lá e quando eu fui na primeira consulta, acho que faz uns dois anos e daí depois fechou lá a unidade. E daí depois no ano retrasado eles me ligaram e eu fui. No ano passado eu não fui nenhuma vez porque não me ligaram. (P13)

Acho que o mais difícil é lá, no [nome do serviço hospitalar], que custa ter uma vaga para chamar a gente. Lá se concentra tudo no mesmo lugar, quando tu és atendido lá (...). Eu gostava muito de ir lá, porque lá tem todos os exames e vários doutores, porque é muito melhor tudo no mesmo lugar. (P13)

Percebeu-se o reconhecimento da resolutividade hospitalar, o acesso restrito e preferência pelo hospital por ser um lugar que “tem tudo”. Entretanto, apesar da presença e necessidade de seguimento por esse fluxo regulado entre níveis de atenção, observou-se que um dos entrevistados relatou acessar o serviço por meio de contato direto.

E sabe, lá no [nome do serviço hospitalar] foi direto. E por intermédio do [nome do profissional]. E lá no [nome do serviço hospitalar] a gente vai indo, se tem um padrinho é beleza para chegar lá. Eu não gostaria de falar assim, mas é a realidade. (P1)

Os depoimentos dos entrevistados demonstraram a presença de diferentes estratégias que permitiram o acesso ao serviço hospitalar, desde o fluxo estabelecido até o acesso direto,

sem a realização de algum tipo de referência, o que pode ser considerada uma porta invisível no SUS, comprometendo o andamento dos serviços hospitalares, tendo em vista que a fila de espera passa a não ser respeitada, podendo ocasionar iniquidades. Além desses aspectos, devido a pandemia da Covid-19, muitos dos entrevistados, por pertencer aos grupos de risco, ficaram receosos em comparecer às consultas e relataram que diminuiriam ou pararam com os atendimentos eletivos, conforme apontam os fragmentos de alguns depoimentos.

Eu não estou indo mais com esse negócio da pandemia. Eu tinha consulta agora na terça, aí a secretaria de saúde me ligou, mas eu não sei se estão trabalhando ou estão consultando lá. [...] capaz de ir lá e pegar alguma coisa que isso aí perigoso. Agora com essa pandemia eu tenho o do diabetes, o do marcapasso, e o cardiologista que eu tenho que ir. Eu tenho medo de ir ali no [nome do serviço hospitalar], porque é cheio de gente ali. Então, olha eu faço volta para não ir ali. Eu me seguro tudo para não entrar no hospital. (P8)

Eu tinha também umas consultas lá no [nome do serviço hospitalar], mas depois quando começou essa pandemia eles diminuiram o atendimento, eles não iam fechar lá, iam dar um tempo, e quando voltassem iam me ligar. Esse ano não me ligaram, ano passado também não me ligaram para voltar a ter as consultas. E era muito bom, tinha exame, tinha tudo lá, consulta com cardiologia, tudo lá junto nesse serviço. (P13)

Os resultados reforçaram o imaginário amplamente presente no cenário brasileiro de valorização da atenção especializada e hospitalar, associando o arcabouço tecnológico à possibilidade de acesso rápido e atenção à saúde de qualidade. Entretanto, ficou evidente a necessidade de refletir para além das ações curativas, perpassando pelas preventivas, que podem ser realizadas no contexto da APS.

Notou-se que a pandemia repercutiu em um grande receio nas pessoas com DM tipo 2 devido ao fato de pertencer ao grupo de risco, o que as fez, em alguns momentos, não manter o acompanhamento para não se expor à Covid-19. Entretanto, é amplamente conhecido o fato de que a manutenção dos cuidados auxilia na prevenção das complicações decorrentes do DM tipo 2.

5.2.3 Barreiras da utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com DM tipo 2

Além das barreiras já reveladas nos capítulos anteriores, grande parte dos entrevistados ainda citou a dificuldade em conseguir uma consulta com especialista, exames e a demora para conseguir ser encaminhado aos serviços especializados ou hospitalares.

Mais fácil, acho que foi o clínico geral só. E mesmo assim tem que marcar consulta, não é fácil. O mais difícil...acho que é agendamento para cardiologista, especialista...a demora. (P5)

Como é que eu vou te dizer, seria especialista no caso, como agora mesmo o doutor encaminhou para neurologista. É mais difícil, já é mais demorado, como foi para o coração também, mais aí consegui. Demorou mais consegui. E agora vou ver esse aí. (P2)

Mais difícil, acho que é a parte de exames, a parte de oftalmologia, que eu tenho uma consulta com o oftalmo e aí desisti porque é um ano e pouco. Consultei com um particular, paguei uma clínica particular, que não tinha pelo SUS. É difícil, é demorado. Demora para ti conseguir vaga e ir, daí não dá para esperar tanto. Acho que é mais na parte de especialista, especialista tem uma deficiência do sistema único. (P10)

A maioria acreditava na importância em realizar acompanhamento do DM tipo 2 com especialistas, e um deles referiu a finalidade de evitar gastos futuros no SUS, como com internações decorrentes das complicações causadas a longo prazo. Desse modo, o entrevistado relatou que os custos podem ser considerados barreiras na saúde pública.

A prevenção faz menos custo para o sistema público, que depois quando deixa chegar para hospitalização, que é bem mais custoso o público, pagar hospital. Se acompanhasse antes também viria menos despesas. (P10)

Percebeu-se que as barreiras vivenciadas pelos participantes foram em relação às dificuldades que encontraram para conseguir agendamento para especialistas. A organização dos serviços, o fluxo de acesso dificultava a utilização dos serviços do município.

O atendimento dos profissionais não tenho o que reclamar, mas é a falta de eficiência de fichas, é difícil para agendar demora muito tempo. Essa parte administrativa, e a de falta de especialista, de profissionais. Seriam os especialistas, nutricionista, oftalmologista para ter um acompanhamento maior. O posto de saúde ter mais profissionais. Acho que o doutor endocrinologista que é o médico para diabetes? É difícil conseguir uma consulta com um. (P10)

Às vezes tu pensas “ah hoje eu vou consultar com um pneumologista”, vou lá na prefeitura e marco direto. É brabo, eu até entendo esse filtro que fazem, mas eu acho que para quem tem já algum problema que vem fazendo tratamento acho que teria que ter alguma maneira que passasse mais direto por um especialista. Agora, diferente de quem não faz tratamento, daí tudo bem, vão passar primeiro pelo clínico geral, fazer os exames, fazer uma avaliação e ver se de fato precisa mesmo de um especialista. (P3)

O participante revelou uma compreensão que as pessoas com doenças crônicas necessitavam de fluxos diferenciados, com acesso facilitado, em comparação às pessoas sem diagnóstico definido. Outra barreira elencada foram as diversas travessias necessárias para

acessar todos os serviços, fazendo o entrevistado pensar na possibilidade de unir todos num único lugar, além de considerar que o atendimento básico não é suficiente.

Eu acho que de repente tem que concentrar tudo num só, os especialistas, os especialistas de diabetes, que os que têm diabetes possuem problema de coração, têm pressão (alta) e daí teria que ter todos os especialistas juntos. É isso, o que falta é isso mesmo um especialista, porque no posto tu és atendido por um clínico e ele faz o que pode, mas ele não é especialista. (P13)

Única coisa que eu queria, que eu acho que todo mundo quer, é que sejam contratados mais especialistas, sei lá o que a gente está fazendo, o medicamento que a gente está tomando poderia ser mudado. Até a gente chegar no [nome do serviço especializado] ou no hospital é muito difícil. (P12)

Dificuldade é como te digo. Agora mesmo eu vou ali e elas vão marcar para um médico dali. Não vão me encaminhar. Vai ser o médico do posto e mesmo assim tem que ficar na espera. (P2)

Além de não valorizar a clínica na APS, o depoimento a seguir não citou o atendimento por enfermeiro(a), citando profissionais psicólogos e nutricionistas. Muito se deve à experiência com o serviço especializado, no qual também o trabalho do(a) enfermeiro(a) não foi reconhecido.

Aqui em [nome do município]o difícil seria endocrinologista, a parte de nutricionista tem muita coisa que falta. Porque os dois trabalham juntos, endocrinologista e nutricionista, e também a parte de psicologia, psicólogo. Acho que são nessas três áreas que tão faltando. Psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas. São nessas três áreas que eu acho que tem a desejar ainda. Sabe que, seriam esses profissionais aí que estão faltando. Porque, no [nome do serviço especializado] psicólogo tem, endocrinologista também, no caso desses três eu estou me referindo a posto de saúde. (P6)

Percebeu-se pelos depoimentos que ocorreu uma barreira de acesso aos serviços especializados e hospitalares, bem como uma supervalorização da especialidade médica e multiprofissional. Esse resultado demonstrou que a experiência vivenciada pela população revela a resolutividade na atenção ambulatorial e hospitalar, em detrimento da APS.

O sentimento de segurança demonstrado pelas pessoas com DM quando acompanhadas por especialistas revelou que a APS precisa reavaliar o acompanhamento destinado a elas. O cardápio ofertado pela APS, centrado na renovação de receitas, pedido de exames, verificação de glicemia capilar, lança luz a uma lacuna importante que é a atenção centrada na pessoa, atendendo suas subjetividades.

A barreira de acesso na APS foi revelada no depoimento a seguir. A entrevista ocorreu em outubro de 2020, naquela unidade básica, as consultas estavam sendo agendadas para dezembro.

Agora mesmo minha vizinha passou aqui dizendo que marcou a consulta só para dezembro. Eu vou ali daqui um pouquinho, vou marcar uma consulta lá na fila para dezembro e assim vai. (P2)

No entanto, a P13 possuía uma experiência diferente. Revelou que o atendimento é agendado para o dia seguinte.

Todos serviços demoram, todos têm fila e, portanto, demoram. No posto, tu vais lá marca hoje e vai ser consultada amanhã. (P13)

Outro participante, relacionou as barreiras de atendimento à ausência de investimento público. Além de avaliar a gestão municipal, considerando que precisa de melhorias.

Acho que precisa de maiores investimentos públicos, mais dinheiro público sabe? Sem falar na gestão, que precisa de melhores formas de gerir a saúde pública...acho que isso precisa mudar. (P4)

Um participante foi mais resignado, ou forte, pois considerou “ir de madrugada” para conseguir atendimento, não ser um impeditivo e, por isso, referiu não haver dificuldades. Já outro revelou um itinerário não oficial, buscando as influências para conseguir seu atendimento.

Sabe que, para mim, não teve dificuldade nenhuma. Todas as dificuldades que eu tive era só ir de manhã ali, sair de madrugada, mas isso aí não impede em nada. Eu graças a Deus fui bem atendido por eles, e depois me mandaram para o hospital e eu fiz tudo certinho. Então, eu não vejo dificuldade. (P8)

Eu nunca tive dificuldade nenhuma. Eu tive um problema, que me entupiu tudo as veias das pernas. Isso aí é difícil, daí eu fui lá no hospital para fazer isso. Esses procedimentos que eu fiz, o médico é meu cliente. O médico é meu cliente aqui, mas atende particular não é de lá. Ele era professor lá, mas essa área não era bem o estilo dele. Ele me perguntou assim “tu conseguiste rápido lá? ” Foi uma época que eu não tinha nem papel higiênico e ele disse para mim ir lá no hospital. E aí ele disse “como é que tu conseguiste rápido? ” Ah, mas eu vou nos canais, entendeu? Vou indo e consigo. (P9)

A presente pesquisa não tem o objetivo de revelar causa-efeito. No entanto, pelos depoimentos foi possível afirmar que enquanto uns entravam pelas portas invisíveis, outros esperavam muito tempo para serem atendidos.

O mais difícil? Acho que o mais difícil é no hospital, que custa ter uma vaga para chamar a gente. Estou esperando um eletro, esperando um oculista, mas estou na fila de espera. Isso daí já faz uns quatro meses. (P13)

É que eu pedi o cardiologista, porque lá no hospital é brincadeira o cardiologista. Essa parte é ruim porque eu marquei o cardiologista lá levou um ano. No dia da consulta, que eu estou saindo de casa me ligou que a agenda estava fechada. Então eu com dois anos com esse problema que eu tenho aqui, não sabia e com consulta marcada e eles só pulando a consulta. Aí fui fazer no postinho e consegui com as gurias, agora me encaminharam para o [nome do serviço especializado] e foi assim ligeiro, ligeirinho. (P15)

A alternativa para P15 foi pagar pelo exame que o SUS não forneceu em tempo oportuno, contado com apoio financeiro da família.

Eu estou satisfeito com os atendimentos que eu tenho. A única coisa que para mim era difícil era fazer um raio x. Eu fiz uma ressonância esses tempos do abdômen total, essa eu tive que pagar 400 e poucos. Ainda bem que a minha irmã me deu. Eu disse para ela “não, não vou fazer” e ela “como que tu não vais fazer?”, eu disse “não, eu não tenho como fazer. Eu não tenho dinheiro” e ela “ não, mas eu tenho e tu vais fazer”. Então ela me deu e eu fiz. Isso aí foi difícil. (P15)

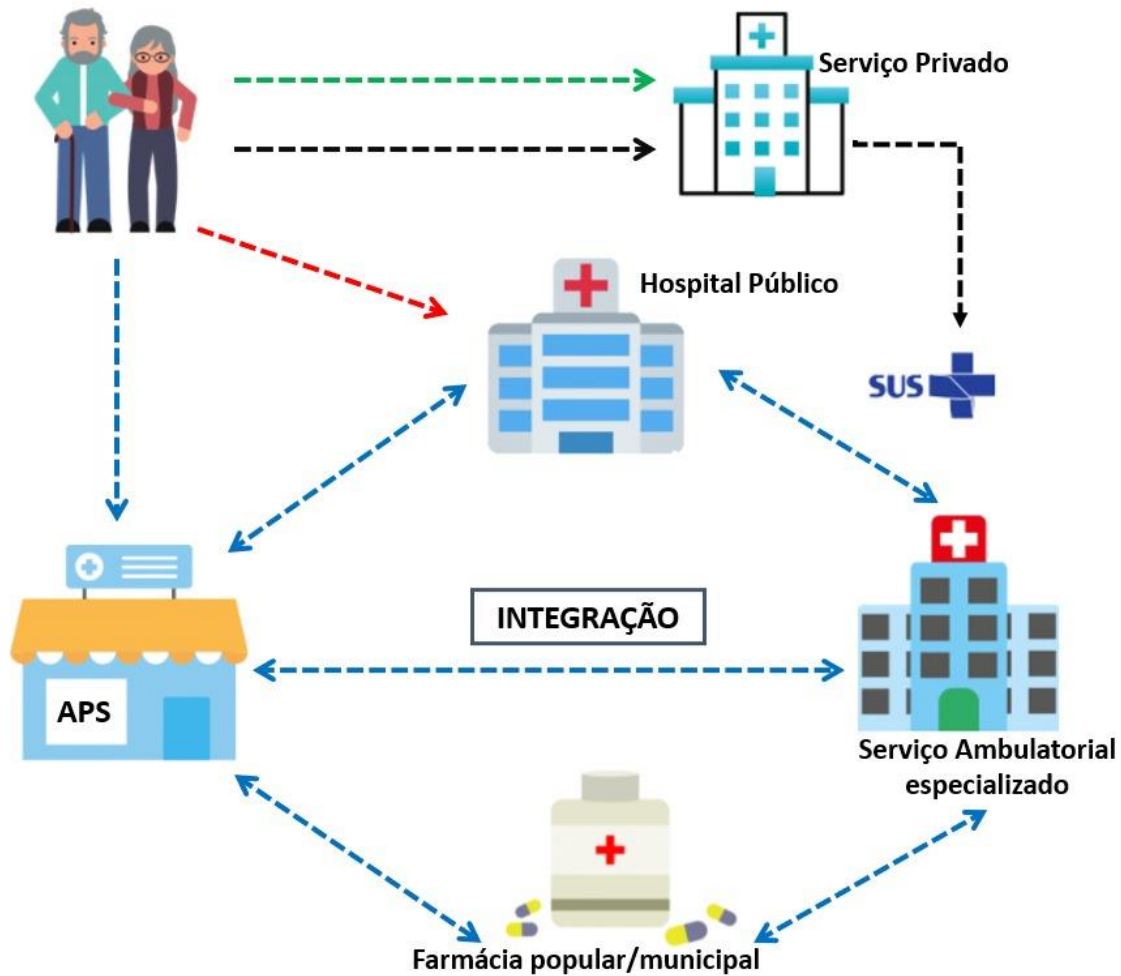
Pode-se afirmar que a falta de acompanhamento na APS leva à agudização das doenças crônicas, para isso, acabavam necessitando de encaminhamento para outros serviços. Desse modo, a sobrecarga do sistema de saúde, gerando longas filas de espera, foi demonstrado pelos depoimentos. Acredita-se que a falta de vínculo dos profissionais no nível primário com os usuários também interfere nesse controle da doença e promoção de saúde, já que muitos se sentem seguros com a assistência dos especialistas tratando sua patologia.

Além disso, destaca-se a importância do enfermeiro no cuidado as pessoas com doenças crônicas, pois interferem de forma positiva na saúde. A atuação do enfermeiro visa proporcionar uma melhor qualidade de vida, com ações e práticas de educação, promoção à saúde e prevenção das doenças/agravos. Ademais, desenvolve o cuidado ampliado e acolhedor, realizado consulta de enfermagem, visita domiciliar e atendimento multiprofissional no qual tem o olhar clínico e humanizado no contexto de cada pessoa.

Portanto, o enfermeiro utiliza seu conhecimento científico em conjunto com os determinantes sociais, sendo, o acesso aos serviços de saúde, a educação em saúde, a ampliação

da clínica, e o trabalho multiprofissional. Por fim, destaca-se um fluxograma dos serviços de saúde (Figura 2) utilizados pelas pessoas com DM tipo 2, onde mostra o itinerário dos usuários na rede de cuidado do município.

Figura 2 – Fluxograma dos serviços de saúde utilizados pelas pessoas com DM tipo 2. Santa Maria, RS, 2021.



Fonte: autor da pesquisa.

Algumas pessoas com DM tipo 2 utilizavam somente o serviço privado de saúde para seu acompanhamento (seta verde). Enquanto, outros procuravam atendimento privado para alguma consulta ou exame que precisavam com brevidade, mas utilizavam o SUS para realizar os demais acompanhamentos (seta preta).

Também, tem aquelas que seguiam o fluxo esperado, mantendo o vínculo com a APS, consultas no serviço ambulatorial especializado, retiravam medicações na farmácia popular ou

do município e utilizavam o serviço terciário em hospitais de alta densidade tecnológica (seta azul). Porém, percebeu-se que outras utilizavam diretamente o hospital público sem passar pelo fluxo pré-estabelecido, pois muitas vezes conseguiam o acesso direto a atenção terciária (seta vermelha).

É importante destacar que a APS é a porta de entrada das RAS, no qual essas pessoas com DM tipo 2 devem ter o vínculo e acompanhamento da sua condição crônica. E, a partir da APS que será encaminhado para os demais serviços da rede do cuidado do município conforme a necessidade e particularidade cada situação. Além disso, mesmo utilizando o serviço ambulatorial especializado e hospital público, ressalta-se a necessidade da integração e contrarreferência em todos os locais, pois assim o cuidado será compartilhado e com maior efetividade.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As principais características sociodemográficas das pessoas com DM tipo 2 autorreferido atendidas na APS de Santa Maria foram: adultos, sexo masculino, etnia branca, casados, com baixa renda familiar e baixa escolaridade. As regiões Centro-Urbano e Centro-Oeste foram as que possuíam maior concentração de pessoas com DM tipo 2.

A média de idade foi de 54,7 anos, corroborando com Caldeira et al. (2020), que demonstrou uma maior frequência de casos em adultos. O DM na população da faixa etária de 40 a 59 anos pode ocorrer por vários motivos, como as alterações no metabolismo durante o processo de envelhecimento, até fatores ambientais e comportamentais como sedentarismo e alimentação inadequada (CALDEIRA et al., 2020; FILHO et al., 2017). Neste sentido, ressalta-se a necessidade dos profissionais de todos os serviços de saúde realizarem planejamento acerca dos cuidados, levando em consideração seus determinantes sociais, características sociodemográficas e as comorbidades, oferecendo maneiras de promover o autocuidado e melhor controle metabólico (FILHO et al., 2017).

Em relação ao sexo, nos dados observados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e de outras pesquisas prevaleceu o feminino, se diferenciando dos achados em outras pesquisas (BRASIL, 2020; MANGUEIRA et al., 2020; SALIN et al., 2019). Sabe-se que as mulheres apresentam maior tendência à procura de serviços de saúde, pois possuem mais interesse em se cuidar e quando percebem algo de errado, buscam atendimento imediato (MANGUEIRA et al., 2020; SALIN et al., 2019). Porém, os homens procuram os serviços de saúde em situações extremas, em casos quando a doença evolui para um estágio mais avançado (BURIOL et al., 2021; ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017). Portanto, a predominância de homens pode estar relacionada à prestação de cuidados ofertados pela equipe de enfermagem a indivíduos que possuem alguma complicação ou descompensação do DM (BURIOL et al., 2021).

No que diz respeito ao estado civil, 31 (51,6%) eram casados ou viviam em união estável. A presença de um parceiro(a) é condição importante para o autocuidado e manejo da doença por parte das pessoas com DM, uma vez que auxiliam e incentivam na adesão ao tratamento, no controle dos hábitos não saudáveis e a adotar estilos de vida favoráveis (SALIN et al., 2019; SILVA; SOUSA, 2019). Além disso, a maioria dos entrevistados residiam com

dois ou mais familiares, corroborando com o estudo de Silva-Oliveira (2018). Desse modo, ter a presença de familiar ou companheiro(a) é considerado como um indicador de suporte social (SILVA; SOUSA, 2019) e pode contribuir com a adesão ao tratamento, melhor controle dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações.

Com relação à renda, a maioria das pessoas tinham renda familiar menor que um salário-mínimo, correspondendo a uma baixa condição econômica. O que se dá de forma semelhante com estudos realizados no Ceará e Amazonas, no qual os dados refletem barreiras na adesão terapêutica, na alimentação adequada, no acesso e na utilização dos serviços de saúde, tendo em vista que a limitação financeira pode prejudicar o tratamento, dificultar o acesso quando precisam se deslocar de suas casas para consultas e limitar a manutenção de uma dieta que favoreça o prognóstico positivo (CALDEIRA et al., 2020; SILVA; SOUSA, 2019).

Na presente pesquisa, observou-se que as pessoas com DM tipo 2 da região Centro-Oeste do município possuíam uma vulnerabilidade maior na renda familiar, pois todos os entrevistados desta região se encaixavam no valor menor que um salário-mínimo. Esse fato pode ser comparado com o trabalho de Spode e Faria (2021) sobre os índices de privação na área urbana em Santa Maria, o qual demonstrou privação na região Centro-Oeste. Entretanto, as regiões periféricas com maior índice foram, principalmente a Oeste, Norte, Nordeste e Sul (SPODE; FARIA, 2021).

Quanto à escolaridade, a maioria apresentou o nível baixo, sendo de zero a oito anos de estudo (63,3%) e com pequeno predomínio do sexo masculino. Entretanto, a diferença não foi significativa na associação da escolaridade com o sexo ($p = 0,475$). O grau de escolaridade pode corresponder a um fator facilitador de risco para o desenvolvimento de agravos e complicações decorrentes do DM ao considerar que pode ser visto como um *proxy* da posição social de um indivíduo. Isso porque pessoas com maior nível de instrução possuem maiores oportunidades de acesso aos serviços de saúde, conhecimento e cuidados referentes à doença, que possibilitam melhor adesão ao tratamento e compreensão sobre as medidas de promoção da saúde orientadas pelos profissionais (MANGUEIRA et al., 2020).

Foi evidenciado que a maioria dos participantes não se consideram estressados (35 – 58,3%). Ressalta-se que o estresse relacionado com o DM pode provocar significativas alterações na glicemia de pessoas que têm a doença, sendo reconhecido como um problema de saúde pública que pode aumentar o risco de desenvolver complicações de doenças cardiovasculares ao considerar os hábitos de vida. Em termos gerais, o estresse, ao caracterizar-se como um conjunto de reações e estímulo que causam distúrbios na homeostase, pode liberar hormônios que possuem como consequência a elevação da glicose no organismo. Destaca-se

também que a resposta do indivíduo à sobrecarga emocional pode influenciar em alterações negativas na alimentação e prática de atividades físicas (GARCIA et al., 2018).

Em relação ao álcool, prevaleceu o não consumo de bebidas alcoólicas que também se verificou nos achados de Salin (2019). O álcool em pessoas com DM pode gerar complicações, além de aumentar o risco do desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis, complicações microvasculares, dificuldades com controle glicêmico e a elevação dos níveis pressóricos. Outrossim, também pode contribuir para ocasionar cirrose, câncer e acidentes (BURIOL et al., 2021; MANGUEIRA et al., 2020). Ressalta-se que o consumo de bebida alcoólica deve ser limitado a 30 g de álcool por dia, sendo que a ingestão inadequada ainda possui certa prevalência em pessoas de idade avançada, conforme observado pelo fato de que dos dois participantes que ultrapassaram esse limite tinham mais de 60 anos de idade (BARROSSO et al., 2021).

Quanto ao tabagismo, a maioria das pessoas referiu não possuir o hábito de fumar, corroborando com os resultados encontrados em outros estudos (SALIN et al., 2019; MANGUEIRA et al., 2020). Destaca-se que o uso do cigarro pode associar-se ao descontrole metabólico, já que pode provocar o aumento dos níveis de glicose concentrada no organismo devido à elevação da concentração da gordura abdominal e redução da sensibilidade insulínica (MANGUEIRA et al., 2020).

No que diz respeito à prática de atividade física, 35 (58,3%) dos indivíduos referiram ser sedentários, corroborando com um estudo realizado nas UBS de um município do Estado de Rondônia (SALIN et al., 2019). A realização de atividade física, quando executada de forma adequada por indivíduos com DM, aumenta a eficiência da captação de glicose pelo músculo e potencializa a ação da insulina e de hipoglicemiantes orais. Além disso, essa prática auxilia na melhora do fluxo de sangue muscular e na circulação de membros inferiores, proporcionando assim grandes benefícios relacionados a redução do risco cardiovascular, perda de peso e maior manejo metabólico (BURIOL et al., 2021; MANGUEIRA et al., 2020).

As principais características clínicas encontradas entre os participantes foram HA, obesidade e dislipidemia. Tais comorbidades são comumente presentes em pessoas que possuem DM tipo 2, sendo fatores que potencializam o risco de desenvolver complicações (SILVA et al., 2020). De forma semelhante, Silva et al. (2020) e Veloso et al. (2020) identificaram essas mesmas comorbidades entre pessoas com DM tipo 2.

A HA é mais frequente em pessoas com DM do que a população em geral. As duas doenças correspondem aos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Além disso, a obesidade e a dislipidemia são consideradas fatores de risco para o diabetes,

contribuindo para a maior morbimortalidade e maior ocorrência de DCNT. As complicações compõem-se em macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Em relação às complicações, observou-se que os participantes deste estudo apresentaram tanto as macrovasculares quanto as microvasculares, porém em um número reduzido. Portanto, faz-se necessário realizar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, objetivando evitar as complicações crônicas decorrentes do diabetes (SBD, 2019a).

6.2 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DM TIPO 2 ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SANTA MARIA – RS

A pesquisa apresentou a percepção das pessoas com DM tipo 2 acerca da utilização dos serviços de saúde em Santa Maria - RS, e os resultados foram relacionados aos níveis de atenção à saúde. Os níveis de atenção à saúde são estruturados por arranjos produtivos conforme as densidades tecnológicas. O nível de menor densidade é composto pela APS, o intermediário pela atenção secundária à saúde e o de maior densidade tecnológica pela atenção terciária à saúde (MENDES, 2011).

Os resultados demonstraram que alguns dos participantes utilizavam a APS do município como porta de entrada para o diagnóstico do DM, bem como, para renovação de receitas, atestados médicos, verificação de glicemia capilar, exames e consultas. Verificou-se no estudo de Oliveira et al. (2017) que as unidades de saúde da APS foram os principais serviços utilizados para tratamento e acompanhamento do DM tipo 2 por ambos os gêneros, corroborando com a atual pesquisa. A detecção precoce dos indivíduos com diabetes pela APS é um dos elementos imprescindíveis para o bom controle, pois a partir do reconhecimento, a equipe de saúde pode realizar o acompanhamento adequado. Ademais, conforme as diretrizes gerais determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica, um dos objetivos é garantir o cuidado centrado na pessoa, corroborando com a prevenção, a detecção e a redução de agravos (BRASIL, 2017b).

Observou-se que a continuidade do cuidado às pessoas com DM é feita pela APS. Porém, foi identificado nos depoimentos pouco vínculo com a unidade de saúde, visto que os entrevistados acabam frequentando esporadicamente ou apenas para realizar determinados procedimentos e realizar a renovação de receita sem avaliação clínica. Esse fato chamou

atenção devido à elevada proporção dos atendimentos médicos dedicados à renovação de receitas, realidade semelhante a evidenciada no estudo de Tomasi et al. (2021).

A renovação de medicamentos de uso contínuo pode implicar em riscos e potenciais danos à saúde, quando praticada sem a avaliação clínica. Apesar de ser uma prática recorrente, as renovações de receita podem inviabilizar a abordagem integral preconizada pelos atributos da APS (TOMASI et al., 2021). O adequado exercício dos atributos da APS como acesso de primeiro contato, longitudinalidade do cuidado e integralidade apontam para que as equipes conheçam as necessidades da população para garantir qualidade na atenção prestada aos usuários (MENDES, 2012).

Percebeu-se que um dos entrevistados não utilizava a APS para o controle do DM, o que foi identificado também na etapa quantitativa, a qual evidenciou que este possuía renda alta e ensino superior completo. Com o aumento da escolaridade e possuindo maior renda, observou-se o uso de serviços privados de atenção à saúde, em detrimento dos serviços públicos (POÇAS et al., 2019).

Ademais, foi constatado que alguns entrevistados, mesmo com plano privado de saúde, não utilizavam com frequência devido às condições financeiras para custear os exames solicitados e às medicações que precisavam comprar. Essas evidências corroboram com Poças et al. (2019) no que diz respeito a utilização do SUS por indivíduos que possuem plano de saúde. Parte da explicação desse resultado foi baseada no fato de que uma parcela desses indivíduos não tem acesso integral aos serviços contratados (POÇAS et al., 2019). Portanto, verificou-se que os planos privados não atendem por completo as necessidades dos entrevistados, visto que quando precisam de exames e medicações, o fornecimento é todo realizado via SUS.

Em relação às fortalezas relacionadas ao acompanhamento na APS, percebeu-se que quando possuíam vínculo com a equipe, escuta e acolhimento, o serviço de saúde se tornava referência para o manejo do DM tipo 2. Tal fato, também foi encontrado em outro estudo, em que usuários demonstraram satisfação com o acolhimento, a abertura para o diálogo e a atenção, o que reforça o efetivo relacionamento profissional e usuário com a qualidade do atendimento prestado (GOMIDE et al., 2018).

Entretanto, outros depoimentos mostraram a insatisfação com a relação interpessoal e a falta de acolhimento por parte de alguns membros das equipes, corroborando com estudos que relataram a insatisfação dos usuários quanto à forma como são recebidos e os cuidados prestados pela unidade de saúde (FERREIRA; SILVA, 2021; CAMARGO et al., 2021). Assim sendo, destaca-se a importância do cuidado humanizado para o atendimento, pois quando este

não ocorre, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com o profissional e unidade de saúde ficam prejudicados (GOMIDE et al., 2018).

Além disso, pelos relatos fornecidos identificou-se dificuldades relacionadas ao processo de trabalho e com o fluxo de atendimento, como a distribuição de fichas e o agendamento por telefone. Esses achados vão ao encontro de pesquisas realizadas em outras regiões do Brasil, nas quais o modelo tradicional de organização permanece com a entrega das fichas e da marcação no balcão, acrescido a esse contexto, tem-se a demanda muito grande que é agravada por precisar “madrugar na fila”. Portanto, as filas e fichas continuam sendo motivo de reclamações e insatisfação dos usuários. Ademais, a demora para conseguir agendar uma consulta também gera insatisfação (FERREIRA; SILVA, 2021; CAMARGO et al., 2021).

O número estipulado de consultas e acesso por ordem de chegada são problemas comuns enfrentados no cotidiano das equipes de saúde, e muitas vezes acabam contrariando o princípio da equidade (CAMARGO et al., 2021). A Política Nacional de Humanização preconiza a redução das filas, do tempo de espera, ampliação do acesso e o acolhimento resolutivo baseado em critérios de risco (BRASIL, 2004). Além de que, a organização da demanda para pessoas com DCNT, como agendamento e programação de consultas contribuiria para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (CURIOLETTI et al., 2018).

Ainda, evidenciou-se que o modo de organização do acesso nas unidades de saúde dos entrevistados dificultou a utilização dos serviços da APS para as pessoas com DM tipo 2. Tal fato, deve-se à expansão da cobertura da Atenção Básica (AB) do município que não ocorreu conforme o planejado pela meta Estadual. Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul demonstraram que, em dezembro de 2020, a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB estava em 56,21%, não atingindo a meta proposta para a população do município, que era chegar em 77,6% (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS, 2021). O aumento da cobertura na APS auxilia na redução de internações por condições sensíveis, na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, do diagnóstico e do acesso aos medicamentos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Ademais, os impactos provocados pela pandemia causada pela Covid-19, também dificultou a manutenção dos atendimentos. A presença de DCNT associou-se ao distanciamento social por receio de exposição e dificuldade na utilização dos serviços de saúde, como marcar consulta, conseguir atendimento, medicamentos, realizar exames solicitados e intervenções programadas (MALTA et al., 2021). Esta realidade pode ser explicada pela menor oferta de serviços pelos setores de saúde público e privado durante a pandemia. Também, os esforços

para lidar com a Covid-19 interromperam os cuidados regulares para indivíduos com DCNT (MALTA et al., 2021; THE LANCET, 2020).

A interrupção ou redução da utilização dos serviços de saúde de rotina pioram o acompanhamento e manejo das DCNT, podendo aumentar a morbidade, incapacidade e mortalidade evitável. Desse modo, a APS precisa se adaptar à nova realidade para dar continuidade aos cuidados, não interrompendo as medidas de prevenção (MALTA et al., 2021).

Em relação a utilização dos serviços da Atenção Secundária à Saúde, o serviço ambulatorial especializado foi um dos locais citados pelos participantes. De forma complementar e sequencial ao atendimento prestado pela APS, destaca-se a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no arranjo organizacional do SUS, que desenvolve um conjunto de ações, práticas e técnicas assistenciais com maior densidade tecnológica. A AAE é definida pela assistência sistematizada de profissionais especializados em determinado ramo da saúde, acompanhada de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2012).

Destacou-se a boa avaliação do serviço especializado para o tratamento do DM com avaliações positivas em relação ao acolhimento, atendimento e orientações de todos os profissionais. A relação de usuários e profissionais configura-se como um elemento importante para a qualidade do cuidado prestado. A comunicação, o respeito, a escuta, explicações e informações oferecidas geram maior satisfação para as pessoas com diabetes (MARINHO et al., 2017).

Apesar dos aspectos positivos apresentados nos relatos dos entrevistados, a maioria que faz acompanhamento no serviço ambulatorial especializado não mantém acompanhamento e vínculo com o serviço de referência da APS. Em uma pesquisa realizada no Distrito Federal, em relação a distribuição dos serviços de saúde segundo o nível de atenção, a maioria referiu procurar preferencialmente os serviços de nível secundário (POÇAS et al., 2019). Na presente pesquisa, as pessoas com DM tipo 2 preferiam ficar somente no serviço ambulatorial, pois conseguiam ser atendidos por todas especialidades e tinham acesso aos exames com mais facilidade. Outrossim, Carmo et al. (2019) relataram que a resolução de problemas de saúde com especialistas e a realização de exames também pode ter impacto negativo na visão da população sobre os serviços oferecidos pela APS, fragmentando o cuidado.

Demonstrou-se uma lacuna em relação ao vínculo com o serviço de APS de origem, pelos relatos dos entrevistados. A integração entre APS e AAE, por meio do plano do cuidado compartilhado e da atuação integrada das duas equipes, torna os serviços de saúde um único microsistema clínico, garantindo atenção contínua e integrada (MENDES, 2012).

Adicionalmente, ressalta-se que o papel do serviço ambulatorial especializado no cuidado às pessoas com DCNT deve ser complementar à atenção básica, superando a fragmentação. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir da ação coordenada da APS nas RAS. Portanto, os usuários deverão ser conduzidos na rede de acordo com suas necessidades, considerando os agravos de maior relevância (MENDES, 2012).

Quanto à utilização dos serviços da Atenção Terciária à Saúde, os entrevistados citaram que utilizavam os hospitais para realizar hemodiálise, consultas, cirurgias e internações por meio de encaminhamento da APS. Logo, a APS é a referência para o acesso a níveis de maior complexidade (MENDES, 2012). Porém, muitas vezes, o uso do serviço hospitalar foi visto como dificuldade pelo fato de precisar aguardar ser chamado para atendimento conforme o fluxo da secretaria de saúde. A demora para conseguir consultas com especialistas e realizar exames foi considerada um entrave à capacidade de resolutividade das RAS (CARMO et al., 2019).

Além disso, apesar da necessidade do seguimento pelo fluxo regulador entre níveis de atenção, observou-se no presente estudo o acesso ao serviço por meio de contato direto. De acordo com Costa et al. (2019), alguns usuários acessam os serviços de saúde de forma não convencional. Estas constatações confirmam o déficit dos fluxos existentes para o acesso aos serviços, com filas de espera para o atendimento pretendido sem que sejam encontradas soluções pelos fluxos preconizados. Tal fato ocorre no sentido de buscar assistência mais rápida para solucionar o seu problema de saúde, desconsiderando a porta de entrada ao sistema (COSTA et al., 2019). Esta realidade evidencia o pressuposto de existência de uma porta de acesso invisível no SUS que pode até mesmo representar barreiras e comprometer o andamento dos serviços hospitalares, tendo em vista que a fila de espera passa a não ser respeitada, podendo ocasionar iniquidades.

Ademais, evidenciou-se que o serviço hospitalar era reconhecido como resolutivo, sendo considerado um lugar que contempla todas as necessidades do usuário. Conforme o estudo sobre os fatores determinantes na escolha dos usuários por serviço hospitalar no acesso à rede de saúde, os resultados confirmam o ideário de que o hospital é o local para atender às necessidades de saúde dos usuários, reforçando o modelo biomédico de cuidado em saúde, como forma única de resolutividade que tem centralidade no corpo (LEMÕES et al., 2015). Desse modo, é necessário a reflexão para além das ações curativas, perpassando pelas preventivas e de promoção da saúde, as quais, podem ser realizadas no contexto da APS.

Além desses aspectos, devido a pandemia da COVID-19, muitos dos entrevistados, por pertencer aos grupos de risco, ficaram receosos em comparecer às consultas e relataram que

diminuíram ou pararam com os atendimentos eletivos. A presença de DCNT associou-se ao distanciamento social por medo de se expor e se contaminar, dificultando a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, a continuidade do cuidado prestado aos indivíduos com DCNT auxilia na prevenção das complicações e do agravamento do estado de saúde (MALTA et al., 2021).

6.3 BARREIRAS DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DM TIPO 2

Além das barreiras já evidenciadas anteriormente, grande parte dos entrevistados citou a dificuldade em conseguir uma consulta com especialista, exames e a demora para conseguir ser encaminhado aos serviços especializados ou hospitalares. A lentidão para agendar consultas com médicos especialistas e agendar exames foi considerada um obstáculo à capacidade de resolutividade das RAS (CARMO et al., 2019). Evidenciou-se que a organização dos serviços e o fluxo de acesso dificultava a utilização dos serviços do município.

Na presente pesquisa pode-se afirmar que, enquanto umas pessoas com DM tipo 2 entravam pelas portas invisíveis, buscando as influências para conseguir seu atendimento, outros esperavam muito tempo para serem atendidos. A população utiliza meios diversificados para verem suas necessidades de saúde atendidas, dentre os quais solicitando a intervenção de políticos locais (COSTA et al., 2019). Em contrapartida, segundo Spedo, Pinto e Tanaka (2010), a demora para conseguir o atendimento pretendido, seja para realizar um exame ou consulta médica, foi vista como entrave, pois além de esperar muito tempo para conseguir o encaminhamento, ficavam sem qualquer informação sobre o tempo provável de espera ou o local do atendimento (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Todavia, a alternativa para um dos entrevistados foi pagar pelo exame que o SUS não forneceu em tempo oportuno, contando com apoio financeiro da família. Dessa forma, o usuário/família vê-se obrigado a custear o tratamento e exames, sendo este o motivo que os levam muitas vezes a buscar atendimento na rede privada (CARMO et al., 2019). Isso pode desencadear o descontentamento, contexto no qual, mesmo com pouco ou sem recursos, as pessoas acabam arcando com gastos para tratamento ou recuperação da saúde (SILVA et al., 2020).

Outro participante, relacionou as barreiras de atendimento à ausência de investimento público, além de avaliar a gestão municipal, considerando que precisa de melhorias. Logo, a

eficácia da assistência passa pela habilidade da gestão em organizar os serviços com o foco no atendimento das necessidades da população, respeitando as características geográficas e sociais da comunidade (FERREIRA; SILVA, 2021). A gestão pública em saúde é responsável por gerenciar o desenvolvimento das ações em saúde, a fim de que estas sejam efetivas. Nesse sentido, é necessária a busca por mudanças na assistência aos usuários, nos processos de trabalho e na gestão dos recursos em saúde (FLÔRES et al., 2018).

Outrossim, a maioria acreditava na importância em realizar acompanhamento do DM tipo 2 com especialistas, referindo a finalidade de evitar gastos futuros no SUS, como com internações decorrentes das complicações causadas a longo prazo. Também, tinham a compreensão que as pessoas com doenças crônicas necessitavam de fluxos diferenciados, com acesso facilitado, em comparação às pessoas sem diagnóstico definido. Outro tipo de barreira elencada incluiu as diversas travessias necessárias para acessar todos os serviços, fazendo pensar na possibilidade de unir todos num único lugar, além de considerar que o atendimento básico não é suficiente.

Percebeu-se a não valorização da clínica na APS, demonstrando uma supervalorização da especialidade médica e multiprofissional. Esse resultado demonstrou que a experiência vivenciada pela população revela a resolutividade na atenção ambulatorial e hospitalar, em detrimento da APS. Pode-se afirmar que a falta de acompanhamento na APS leva à agudização das doenças crônicas e a sobrecarga do sistema de saúde, gerando longas filas de espera. No estudo de Silva et al. (2020), um entrevistado relatou que o SUS precisa do essencial, afirmando que APS não tem todos os recursos necessários. Verificou-se a reprodução do modelo biomédico, centrado na doença, tratamento e nos serviços hospitalares e especializados do que na saúde, prevenção, promoção e na APS (PAIM, 2018).

A agudização das condições crônicas pode ser vista como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas, especialmente na APS, e envolve melhoria na atenção programática às pessoas que possuem DCNT (MENDES, 2012). Dessa forma, a APS é um ponto fundamental nas RAS, pois quando isso não ocorre, continuam as filas nos serviços hospitalares. Destaca-se que se os profissionais do primeiro nível de atenção estiverem capacitados e se tiver mais investimento na promoção da saúde e prevenção de agravos, irá diminuir a busca nos demais níveis de atenção. Caso contrário, os serviços secundários e terciários sempre serão a primeira escolha dos usuários (CAMARGO et al., 2021).

Aliás, acredita-se que a falta de vínculo dos profissionais no nível primário com os usuários também interfere nesse controle da doença e promoção de saúde, já que muitos participantes da presente pesquisa se sentiam seguros com a assistência dos especialistas

tratando sua patologia. Ressalta-se a importância do vínculo entre usuários e equipe de referência, o qual, uma vez construído, contribui na busca pela APS. Além disso, o vínculo aumenta a possibilidade de adesão ao tratamento, o que resulta em maior controle das condições de saúde (CAMARGO et al., 2021).

Ademais, em alguns relatos o trabalho do enfermeiro não foi reconhecido. Gomide et al. (2018), relatam que os usuários avaliam melhor o profissional que trabalha na lógica da medicalização da saúde com prescrição de medicamentos. Ainda, a busca por atendimento é centrada no médico. Esses achados ilustram a magnitude do profissional médico, pois se não está disponível, nenhum outro membro da equipe é identificado pelos usuários para dar a eles respostas que necessitam de cuidado à sua saúde (GOMIDE et al., 2018).

Adicionalmente, deve-se ressaltar que, não somente os médicos, mas outros profissionais, como os enfermeiros, possuem atuação efetiva e eficiente no cuidado (BRASIL, 2013). A atuação do enfermeiro é imprescindível para o fortalecimento do SUS, tendo em vista que contribui significativamente para a integração dos cuidados às pessoas com DCNT, por meio de intervenções que visam à modificação do estilo de vida, tais como educação em saúde, atendimento individual, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos e orientações (TESTON et al., 2018). Portanto, o enfermeiro utiliza seu conhecimento científico em conjunto com os determinantes sociais, a educação em saúde e o trabalho multiprofissional com o olhar clínico, acolhedor e humanizado no contexto de cada pessoa, com o intuito de ofertar o melhor cuidado possível.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou a identificação, na etapa quantitativa, da prevalência de pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 49 anos, com etnia branca, casados, com baixa escolaridade e renda familiar inferior a um salário-mínimo. Salienta-se que o DM tipo 2 estava predominantemente associado a presença de outras condições clínicas, como HA, obesidade, sedentarismo e dislipidemia. Grande parte dos indivíduos referiu não fazer uso de álcool e tabaco, no entanto, a maioria não praticava atividade física. As regiões Centro-Urbano e Centro-Oeste foram as que possuíam maior concentração de pessoas com DM tipo 2 do município de Santa Maria.

Já, na etapa qualitativa, identificou-se a prevalência de pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 44 a 76 anos, com predomínio da região administrativa Oeste e que utilizavam todos os níveis de saúde do município de Santa Maria - RS (APS, atenção secundária, sendo o serviço ambulatorial especializado e terciária, nos serviços hospitalares). Utilizavam os serviços da APS do município como porta de entrada para diagnóstico, renovação de receitas, verificação de níveis glicêmicos, exames e consultas.

Conferiram-se como limitações e barreiras dos serviços de saúde do município: renovação de receita sem avaliação clínica, fluxo de atendimento, pouco vínculo, relação interpessoal insuficiente e falta de acolhimento pela APS, além de longo tempo de espera por atendimento com especialistas, falta de investimento público e a pandemia da Covid-19. As fortalezas citadas foram: bom atendimento e acolhimento pelo serviço ambulatorial especializado, resolutividade hospitalar e qualidade dos serviços. A maioria que estava em acompanhamento no serviço ambulatorial especializado não mantinha acompanhamento e vínculo com o serviço de referência da APS. Assim, verifica-se a necessidade de um melhor acompanhamento dessas pessoas com DM tipo 2 por parte dos profissionais da APS, objetivando a criação de vínculo, empoderá-los sobre sua doença e as complicações decorrentes da mesma, para que o autocuidado seja mais efetivo.

O delineamento quanti-qualitativo permitiu conhecer um perfil sociodemográfico e clínico possibilitando identificar a realidade de um determinado local e, dessa forma, proporcionar o desenvolvimento de ações que busquem a mudança do panorama encontrado. Além disso, pode-se refletir acerca das percepções das pessoas com DM tipo 2 que utilizam os serviços de saúde na rede de cuidado no município.

Ademais, a pesquisa apresentou como limitações tanto o diagnóstico de DM autorreferido, visto que, apesar de ser uma taxa elevada, a proporção de indivíduos que

desconhece possuir a DCNT pode levar a uma subestimação dos casos encontrados na população estudada. No município de Santa Maria - RS, ainda são limitados os estudos com representatividade local que investigam a prevalência de DM, as características sociodemográficas e clínicas nas regiões administrativas urbanas. No contexto da pesquisa qualitativa, uma provável limitação pode se dar em relação à análise de aspectos como a linguagem corporal e as condições ambientais, as quais não foram possíveis de serem contempladas pelo fato de a coleta de dados ter sido realizada por via telefônica.

Essa pesquisa pode contribuir para que os profissionais e a gestão municipal tenham conhecimento do perfil e percepção das pessoas com DM e a partir desse conhecimento, elaborar estratégias objetivando a promoção de saúde, prevenção e um acompanhamento mais efetivo da população, a fim de evitar complicações e a morbimortalidade. Além disso, é possível realizar protocolos e fluxos para melhorar o itinerário dessas pessoas pelas RAS no município, assim auxiliando na diminuição dos gastos e sobrecarga de todos serviços de saúde.

Contudo, acredita-se que conhecer como as pessoas com DM tipo 2 utilizam os serviços de saúde seja fundamental para reduzir barreiras de acesso e orientar políticas de saúde, provendo equidade no acesso aos recursos, além de orientar o desenho de políticas de redução de vulnerabilidades. Portanto, salienta-se a necessidade de melhorias na articulação entre os serviços de saúde e a importância da criação de um vínculo de comunicação entre os diversos pontos de atenção do SUS, bem como a importância de fortalecer a organização da assistência e o agendamento de consultas, de modo a desenvolver, ampliar e qualificar políticas de acesso e acolhimento aos usuários da APS.

Por fim, em um cenário no qual o DM tipo 2 constitui-se como um problema de saúde pública é imprescindível avançar em pesquisas com esta problemática para a contribuição na melhoria das políticas públicas, almejando uma RAS que garanta a integração do cuidado e atenda às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – ANVISA. Ministério da Saúde. **Serviços de Saúde**. 2003. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm#>>. Acesso em: 02 out 2019.

ALLIN, S. et al. Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices? **The London School of economics and political science**, European Commission, 2007. Disponível em: <

https://pdfs.semanticscholar.org/5a5d/0d553d7a79bd43bfc7b410a1b37e2ed269bb.pdf?_ga=2.72677140.62319639.1570251504-1564451179.1569995028>. Acesso em: 03 out 2019.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, n. 1, 1973. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/18966673_Societal_and_Individual_Determinants_of_Medical_Care_Utilization_in_the_United_States>. Acesso em: 04 out 2019.

ARRUDA, G. O.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1 p. 279-290, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/7zRn7nxCkph6QD8KrynCKTB/?lang=pt#>>. Acesso em: 22 out. 2021.

BANDEIRA, F. **Protocolos clínicos em endocrinologia e diabetes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, 165 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016, 141 p.

BARROSO, W. K. S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 466**: de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013, 30 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a, 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 04 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 24 maio 2016b. Seção 1, p.44-46.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Governo da Presidência da República. **Relatório Nacional Voluntário sobre os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2020**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 1152 p.

BURIOL, D. et al. Atendimento ambulatorial de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, 30 maio. 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7523>>. Acesso em: 22 out. 2021.

CALDEIRA, L. L. et al. Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes diabéticos de 3 unidades básicas de saúde do município de Coari-AM. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8093-8105 jul./aug. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13115/11024>>. Acesso em: 22 out. 2021.

CAMARGO, P. N. N. et al. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. **Revista de Ciências Médicas**, v. 30, 2021. Disponível em: <<https://seer.sis.puc>

campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/5047>. Acesso em: 22 out. 2021.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Knowledge Translation at CIHR: Knowledge Translation – Definition**. 2016. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>>. Acesso em: 20 set. 2019.

CARMO, K. S. et al. Rede de Atenção à Saúde na Perspectiva de Usuários com Diabetes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 14 jul. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45743/pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021

CIOTTI, M. et al. The COVID-19 pandemic, *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, v. 57, n. 6, p. 365-388, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10408363.2020.1783198?needAccess=true>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 01-13, 2017.

COSTA, C. F. S. et al. O tensionamento do acesso na rede de atenção à saúde no extremo sul do Brasil. **Vitalle**, v. 31, n. 2, p. 64-76, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/index.php/vitalle/article/view/9415/6330>>. Acesso em: 22 out. 2021

CURIOLETTI, R. M. et al. O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da Política Nacional de Humanização. **J. Nurs. Health**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12495>>. Acesso em: 22 out. 2021.

FERREIRA F. C. S.; SILVA M. V. S. Atenção à hipertensão e diabetes na Amazônia: a percepção de usuários da região metropolitana de Belém. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, mar. 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7045>>. Acesso em: 22 out. 2021

FILHO, A. A. C. A. et al. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus em um estado do nordeste brasileiro Epidemiological profile of Diabetes Mellitus in a northeastern brazilian state. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 641–647, 2017. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5531>>. Acesso em: 22 out. 2021.

FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/237-247/pt>>. Acesso em: 22 out. 2021.

GARCIA, L. J. et al. Estresse e riscos associados aos hábitos de vida em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Uniabeu**, v. 11, n. 29, p. 81-96, 2018. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/ESTRESSE-E-RISCOS-ASSOCIADOS-AOS->

H%C3%81BITOS-DE-VIDA-EM-Garcia
Ferreira/b1a72532d142d7e93f88ae9b6b7cf3b87021351c>. Acesso em: 22 out. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/pt/#>>. Acesso em: 22 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. IBGE: Rio de Janeiro, 2014, 180 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=291110>>. Acesso em 03 out 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades: Santa Maria, RS**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>>. Acesso em: 22 maio 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **Diabetes and cardiovascular disease**. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2016, 144 p.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care**. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017, 43 p.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **IDF Diabetes Atlas**. 9. ed. Brussels, Belgium: IDF, 2019, 176 p.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE SANTA MARIA – IPLAN. **Mapa Urbano Base**. 2019. Disponível em: <https://iplan.santamaria.rs.gov.br/mapas_municipio/pdf/mapa_sede__sm_2019_05_29.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

LEMÕES, M. A. M. et al. Fatores Determinantes na Escolha de Usuários por Serviço Hospitalar no Acesso à Rede de Saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 15, n. 29, p. 37–44, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4008>>. Acesso em: 22 out. 2021.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

MALTA, D. C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2833-2842, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/4PDxPLNnKwwzR7bBrdW3L/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021.

MANGUEIRA, H. et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de diabetes mellitus cadastrados na atenção primária. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, p. e-020076, 9 dez. 2020. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/775>>. Acesso em: 22 out. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MARINHO, N. B. P. et al. Avaliação da satisfação de usuários de um serviço especializado em diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 644-651, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/MqZVDzYJRr86kfcHyX7LxyH/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021.

MARTINS, W. J.; MARTINS, C. de S. F. A translação do conhecimento na solução de problemas sociais utilizando as redes de políticas públicas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 03/04, p. 343-349, 2018. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/276>>. Acesso em: 20 set. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012, 512 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesquisa Qualitativo**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 3, p. 113-7, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55036/35070>>. Acesso em: 20 set. 2019.

OLIVEIRA, R. E. M. et al., Diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Espaço para saúde**, v. 18, n. 1, p. 100-107, 2017. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/350>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 13 jul 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Noncommunicable diseases in the region of the Americas: facts and figures**. PAHO, 2019, 12 p.

PENCHANKY, R.; THOMAS, J. W. Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3764310.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 03 out 2019.

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**, 2018, v.23, n.6, p. 1903-1914. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt>>. Acesso em: 22 out. 2021.

POÇAS, K. C. et al. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ress/2019.v28n2/e2018124/pt/#>>. Acesso em: 22 out. 2021.

QRS INTERNATIONAL. **Sobre o NVivo**. 2021. Disponível em: <<https://help-nv.qsrinternational.com/12/win/v12.1.101-d3ea61/Content/about-nvivo/about-nvivo.htm>>. Acesso em 15 jul 2021.

RODRIGUES, A. M. A. M. et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Cien Saude Colet**, 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-dos-servicos-de-saude-segundo-determinantes-sociais-comportamentos-em-saude-e-qualidade-de-vida-entre-diabeticos/16926?id=16926>>. Acesso em: 02 out 2019.

SALIN, A. B. et al. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 33, p. e1257, 4 set. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1257>>. Acesso em: 22 out. 2021.

SAMPIERI, H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTA MARIA. **Santa Maria em dados**. 2019. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/>>. Acesso em: 24 maio 2019.

SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria: SMS, 2018.

- SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. **Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021**. Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opensdoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_CadernoIndicadores>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SILVA, A. D et al. Estado nutricional, fatores de risco e comorbidades em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **HU Revista**, v. 46, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28790>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SILVA-OLIVEIRA, E. M. et al. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na Unidade Básica de Saúde Bom Pastor em São João Del-Rei - MG. **Educação e Saúde: fundamentos e desafios**, v. 1, n. 2, p. 49-63, nov. 2018. Disponível em: <<http://186.194.210.79:8090/revistas/index.php/educacaoesaude/article/view/216>>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SILVA, P. M. F.; SOUSA C. N. S. Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” em pacientes diabéticos atendidos em uma unidade de atenção primária. **Revista Perspectiva da Saúde**, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <http://unigrande.edu.br/wp-content/uploads/2020/01/Perspectiva_da_Saude.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SILVA, S. L. et al. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da Atenção Primária: Vivências de usuários do SUS. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3575/2449>>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad, 2019a, 491 p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Conduta terapêutica no Diabetes Mellitus tipo 2**: algoritmo da SBD. São Paulo, 2019b. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf>. Acesso em: 01 out 2019.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S; TANAKA O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/vBv9ZbGrBZd4N8RKx5xGRNL/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021.
- SPODE, P. L. C.; DE FARIA, R. M. Privação social na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 43, p. 31-54, mar. 2021. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7465>>. Acesso em: 22 out. 2021.
- STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Rev. Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000200308&lng=en&tlng=en. Acesso em: 23 maio 2019.

TESTON, E. F. et al. Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2899-2907, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ZGkvcBv4h3wdwk4sxPCM5jL/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 22 out. 2021.

THE LANCET. COVID-19: a new lens for non-communicable diseases. **Elsevier**, v. 396, p. 649, 5 sept. 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470688/>. Acesso em: 22 out. 2021.

TOMASI, E. et al. Estudo de demanda em unidades de Saúde da Família em cidade de porte médio do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 56–65, 2021.

Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/56>. Acesso em: 22 out. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2004. Disponível em: <

http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Revisao14.pdf>.

Acesso em: 23 maio 2019.

VELOSO, J. et al. Perfil clínico de portadores de Diabetes Mellitus em acompanhamento multiprofissional em saúde. **Revista Cuidarte**, v.11, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1059>>. Acesso em: 22 out. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Noncommunicable diseases progress monitor, 2015**. Geneva: WHO Document Production Services, 2015, 236 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavírus**. Disponível em: <

https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 13 jul 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

- A1. OLIVEIRA, R. E. M. et al. Diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Espaç. saúde (Online)**, v. 18, n. 1, p. 100-107, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318871439_Diferencas_de_genero_na_utilizacao_dos_servicos_de_saude_por_individuos_com_diabetes_mellitus_tipo_2>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A2. ALSHAREEF, S. M. et al. The evaluation of glycemic control measures based on emergency department utilization and the percentages of adherence to the recommended follow-ups for microvascular complications. **Saudi Med J**, v. 40, n. 3, p. 271-276, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6468210/>>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A3. NI, Y. et al. Patient-perceived service needs and health care utilization in people with type 2 diabetes: A multicenter cross-sectional study. **Medicine**, v. 99, n. 21, 2020. Disponível em: <https://journals.lww.com/mdjournal/fulltext/2020/05220/patient_perceived_service_needs_and_health_care.71.aspx>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A4. SIDDIQUE, K. B. et al. Diabetes knowledge and utilization of healthcare services among patients with type 2 diabetes mellitus in Dhaka, Bangladesh. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567438/pdf/12913_2017_Article_2542.pdf>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A5. VILLANI, M. et al. Utilisation of prehospital emergency medical services for hyperglycaemia: A community-based observational study. **PLoS One**, v. 12, n. 8, 2017. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182413>>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A6. MAPA-TASSOU, C. et al. Use of medical services and medicines attributable to type 2 diabetes care in Yaoundé, Cameroon: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2197-0>>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A7. ALZUBAIDI, H. et al. Barriers and enablers to healthcare access and use among Arabic-speaking and Caucasian English-speaking patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative comparative study. **BMJ Open**, v. 5, n. 11, 2015. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/11/e008687.full.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A8. GELE, A. A. et al. Beyond Culture and Language: Access to Diabetes Preventive Health Services among Somali Women in Norway. **J Diabetes Res.**, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525761/pdf/JDR2015-549795.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2019.
- A9. HYMAN, I. Self-management, health service use and information seeking for diabetes care among recent immigrants in Toronto. **Chronic Dis Inj Can.**, v. 33, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health->

promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-33-no-1-2012/self-management-health-service-use-information-seeking-diabetes-care-among-recent-immigrants-toronto.html>. Acesso em: 10 jul 2019.

A10. KRAMER, H. U. et al. Gender differences in healthcare utilization of patients with diabetes. **Am J Manag Care**, v. 18, n. 7, 2012. Disponível em: <<https://www.ajmc.com/journals/issue/2012/2012-7-vol18-n7/gender-differences-in-healthcare-utilization-of-patients-with-diabetes>>. Acesso em: 10 jul 2019.

A11. ZHANG, X. et al. Access to Health Care and Control of ABCs of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, n. 7, 2012. Disponível em: <<https://care.diabetesjournals.org/content/35/7/1566.long> >. Acesso em: 10 jul 2019.

A12. CAROLAN-OLAH, M. C. et al. Diabetes care and service access among elderly Vietnamese with type 2 diabetes. **BMC Health Services Research**, v.13, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-447>>. Acesso em: 10 jul 2019.

A13. VAN DIJK, C. E. et al. Type II diabetes patients in primary care: profiles of healthcare utilization obtained from observational data. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 7, 2013. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-7>>. Acesso em: 10 jul 2019.

A14. SUN, P.; LIAN, J. Treatment adherence in newly diagnosed type 2 diabetes: patient characteristics and long-term impact of adherence on inpatient care utilization. **Postgraduate Medicine**, v. 128, n. 4, p. 338-345, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2016.1151326>>. Acesso em: 10 jul 2019.

A15. MAYO-GAMBLE T. L.; LIN, H. C. Healthcare Utilization and Diabetes Management Programs: Indiana 2006-2010. **Am J Manag Care**, v. 20, n.10, p. 461-468, 2014. Disponível em: <<https://www.ajmc.com/view/healthcare-utilization-and-diabetes-management-programs-indiana-2006-2010>>. Acesso em: 10 jul 2019.

A16. HUNG, S. L. L. et al. A qualitative study on why did the poorly-educated Chinese elderly fail to attend nurse-led case manager clinic and how to facilitate their attendance. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322441/>>. Acesso em: 10 jul 2019.

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A ETAPA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pesquisadora mestranda: Enfa. Daniela Buriol

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Projeto de pesquisa: Utilização dos serviços de saúde por pessoas com DM tipo 2

Objetivo: Compreender a percepção das pessoas com DM tipo 2 sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria - RS.

Data: ____/____/____

Código de identificação do participante: _____

1. Caracterização sociodemográfica:

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () F () M

2. Questões subjetivas:

- a) Você tem Diabetes há quanto tempo? Me conte um pouco como foi quando você descobriu que tinha essa doença.
- b) A respeito do Diabetes, conte o que você sabe sobre o Diabetes e como obteve esse conhecimento.
- c) Desde que você se considera uma pessoa que tem Diabetes, quais os serviços de saúde aqui do município você já utilizou para acompanhamento do Diabetes?
- d) E hoje? Quais os serviços de saúde você utiliza regularmente?
- e) Conte sobre esses serviços de saúde que você utilizou e que utiliza atualmente. Como você conseguiu ser atendido nesses locais?

- f) Quais as ações de saúde você realiza em cada local? Exemplos: consultas, exames, retirada de medicação.
- g) Que orientações a respeito do Diabetes você recebeu ou recebe em cada um deles?
- h) Quais os serviços mais fáceis de conseguir ser atendido? Quais são essas facilidades?
- i) Quais os serviços mais difíceis de conseguir ser atendido? Quais são essas dificuldades?
- j) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar os serviços de saúde e maneira de ser atendido (utilização) para fazer o acompanhamento do Diabetes?
- k) Você gostaria de me contar mais alguma coisa?
- l) Como posso entrar em contato para devolver a entrevista?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹ PARA A ETAPA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa: Utilização dos serviços de saúde por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2

Pesquisadora mestranda: Enfa. Daniela Buriol

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Contato: Telefone: (55)984032310, E-mail: ma.denise2011@gmail.com. Endereço: Avenida Roraima, 1000, Prédio 26 - CCS, 3º andar, sala 1305a, Cidade Universitária, Bairro Camobi, 97105-900, Santa Maria – RS.

Participantes: Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 autorreferido.

Caro participante da pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Utilização dos serviços de saúde por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2” de autoria da Enfa. Daniela Buriol, Mestranda da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), orientada pela Profa. Dra. Maria Denise Schimith e coorientada pela Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva. Esta pesquisa será desenvolvida por meio de inquérito telefônico com as pessoas que possuem Diabetes Mellitus tipo 2 da Atenção Básica do município de Santa Maria, de forma totalmente **voluntária**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento que será relatado de forma verbal. A pessoa que está conversando com você deverá responder todas as suas dúvidas, antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Objetivo da pesquisa: compreender a percepção das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria - RS.

¹ **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, Sala 763. Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Será realizada uma entrevista por meio de inquérito telefônico, no qual tudo o que for conversado será gravado em áudio (somente a voz). Para essa atividade será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa para os participantes serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a temática, contribuindo para os profissionais da saúde desenvolver e elaborar ações de saúde com ênfase na prevenção de complicações decorrentes do DM tipo 2. A pesquisa não apresentará qualquer tipo de ônus financeiro ao participante.

Riscos: Dentre os possíveis riscos, durante a realização desta pesquisa, os participantes poderão apresentar alguns sentimentos relacionados às vivências. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar participando na pesquisa. Se você optar em pausar a entrevista, será aceito e parada a gravação. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Ressalta-se que devido a coleta de dados ocorrer por telefone, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus.

Confidencialidade: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento somente dos pesquisadores. As gravações ficarão guardadas sob os cuidados da pesquisadora responsável. O nome do participante não será divulgado e nem identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Profa. Dra. Maria Denise Schimith (pesquisadora responsável). Telefone: (55)984032310, E-mail: ma.denise2011@gmail.com. Endereço: Avenida Roraima, 1000, Prédio 26 - CCS, 3º andar, sala 1305a, Cidade Universitária, Bairro Camobi, 97105-900, Santa Maria – RS, bem como, com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM².

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Maria e está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

² **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, Sala 763. Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Neste sentido, fui informado que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas que desejo esclarecer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa;
- A qualquer momento poderei deixar de participar do estudo sem consentimento da pesquisadora e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não terei minha identidade revelada em nenhum momento da investigação;
- As informações fornecidas pelos participantes serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores.
- Os resultados do estudo, em seu conjunto, serão apresentados aos participantes do estudo.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradoras e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Ciente com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar com esta pesquisa. Desse modo, por meio da gravação de chamada de voz (telefone), declaro de forma verbal que estou de acordo com este termo de consentimento³.



Enfa. Daniela Buriol
Pesquisadora
Matrícula 201960109



Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Pesquisadora Responsável
SIAPE 2306023

³ **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, Sala 763. Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA A ETAPA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa: Utilização dos serviços de saúde por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2

Pesquisadora: Enfa. Daniela Buriol

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem.

Contato: Telefone: (55)984032310, E-mail: ma.denise2011@gmail.com. Endereço: Avenida Roraima, 1000, Prédio 26 - CCS, 3º andar, sala 1305a, Cidade Universitária, Bairro Camobi, 97105-900, Santa Maria – RS.

Participantes: Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 autorreferido.

As pesquisadoras do presente estudo comprometem-se em preservar a privacidade e o anonimato dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas individuais por meio de inquérito telefônico com as pessoas que possuem Diabetes Mellitus tipo 2 autorreferido da Atenção Básica de Santa Maria/RS.

Firmam compromisso referente a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo das informações obtidas com a finalidade científica e garantia da preservação da identidade das pessoas pesquisadas quando da divulgação. O anonimato dos participantes será mantido por meio da utilização de um código no qual, será sugerido para os participantes escolherem, seguido de números associados à ordem em que o entrevistado será interligado à pesquisa. Todos os documentos e materiais utilizados e produzidos, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e gravações, ficarão sob a posse da pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Denise Schimith, em armário com chave, Prédio 26 - CCS, 3º andar, sala 1305a, Av. Roraima, 1000, Cidade Universitária, Camobi, 97105-900, Santa Maria – RS, da UFSM, por um período de cinco anos. Após esse período o material será destruído de forma sustentável (serão triturados e encaminhados a reciclagem).

Esse projeto de pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁴ da UFSM em, 10/12/2019, com o número da CAAE: 26471819.8.0000.5346.

Santa Maria, ___ de _____ de 2020.



Enfa. Daniela Buriol
Pesquisadora
Matrícula 201960109



Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Pesquisadora Responsável
SIAPE 2306023

⁴ **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, Sala 763. Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CONTEXTO & SAÚDE – ESTUDO DE TENDÊNCIAS – REVISÃO DE LITERATURA



Revista Contexto & Saúde

Editora Unijuí

Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde

ISSN 2176-7114 – v. 21, n. 43, jul./set. 2021

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2021.43.9990>

COMO CITAR:

BURIOL, Daniela *et al.* Diabetes Mellitus Tipo 2: tendência da produção científica na área da saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 21, n. 43, p. 324-334, 2021.

Diabetes Mellitus Tipo 2: Tendência da Produção Científica na Área da Saúde

Daniela Buriol,¹ Maria Denise Schimith,² Luiza Camila Jerke,²
Christiani Andrea Marquesini Rambo,² Vivian De Franceschi Brondani,²
Andiara Luiz Ramos Soares²

RESUMO

Objetivo: analisar a tendência da produção do conhecimento em Dissertações e Teses defendidas nos Programas de Pós-Graduação na área da saúde no Brasil acerca do *Diabetes Mellitus* tipo 2. *Método:* trata-se de uma revisão narrativa, realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. A busca foi realizada no mês de outubro de 2020. Dos estudos encontrados, 30 foram selecionados para análise mediante os critérios de seleção. *Resultados:* dentre as tendências de objetos de estudo destacaram-se: perfil clínico-epidemiológico, autocuidado e ações educativas às pessoas com *Diabetes Mellitus* tipo 2. Quanto ao perfil clínico epidemiológico, a maioria era do sexo feminino, idosas, casadas, com baixa escolaridade e renda, e a hipertensão e a dislipidemia foram os fatores de risco predominantes. O autocuidado em relação aos pés era realizado de forma correta. Os hábitos de vida, porém, foram considerados de difícil mudança. Ações educativas, como grupos e cartilhas, contribuem para mudanças de hábitos de vida, para o conhecimento sobre a doença e adesão ao tratamento. *Conclusão:* pesquisas sobre *Diabetes Mellitus* são prioridade, tendo em vista que auxiliam gestores e profissionais da saúde na criação de ações, políticas e programas que possam orientar os pacientes, visando a prevenir e controlar os agravos da doença.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus* tipo 2; doenças crônicas não transmissíveis; saúde; saúde do adulto.

DIABETES MELLITUS TYPE 2: TREND IN SCIENTIFIC PRODUCTION IN HEALTH

ABSTRACT

Objective: to analyze the trend of knowledge production in Dissertations and Theses defended in the Postgraduate Programs in the health area in Brazil about *Diabetes Mellitus* type 2. *Method:* this is a narrative review, carried out at the Bank of Theses and Dissertations Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel. A search was carried out in October 2020. Of the studies found, 30 were selected for analysis using the selection criteria. *Results:* Among the trends of study objects, the following stand out: clinical-epidemiological profile, self-care and educational actions for people with type 2 *Diabetes Mellitus*. As for the clinical epidemiological profile, most were female, elderly, married, with low education and income, hypertension and dyslipidemia were the predominant risk factors. Self-care for the feet was performed correctly. However, life habits were considered difficult to change. Educational actions such as groups and booklets contribute to changes in lifestyle, knowledge about the disease and adherence to treatment. *Conclusion:* research on *Diabetes Mellitus* is a priority, in order to help managers and health professionals in the implementation of actions, policies and programs that can guide qualified patients and control the diseases.

Keywords: *Diabetes Mellitus* type 2; noncommunicable chronic diseases; health; adult health.

RECEBIDO EM: 17/12/2019

MODIFICAÇÕES SOLICITADAS EM: 8/10/2020

ACEITO EM: 28/1/2021

¹ Autora correspondente. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Av. Roraima, nº 1000 – Cidade Universitária, Bairro Camobi. Santa Maria/RS, Brasil. CEP 97105-900. <http://lattes.cnpq.br/6577764654120802>. <https://orcid.org/0000-0003-2635-5275>. burioldani@hotmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil epidemiológico e demográfico, causada pelo envelhecimento da população, e a mudança no estilo de vida, resultaram em um progressivo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no contexto mundial, principalmente nos países em desenvolvimento (MALTA *et al.*, 2017). Dentre as DCNTs, o *Diabetes Mellitus* (DM) está entre as dez principais causas de morte do mundo, e é uma das maiores emergências globais de saúde do século 21 (IDF, 2017a).

Segundo dados da International Diabetes Federation (IDF, 2017a), foi estimado que, na faixa etária entre 18 e 99 anos no ano de 2017, aproximadamente 451 milhões de pessoas tinham a doença no mundo, e, destas, 26 milhões de pessoas da população adulta eram da América Central e do Sul. As estimativas mostram que até o ano de 2045 pode ocorrer um aumento de 62% dos casos nessas Américas, ou seja, a ocorrência de 42 milhões novos casos de pessoas com diabetes. Entre os dez países com maior incidência de DM em 2017, o Brasil ocupa a quarta posição, com cerca de 12,5 milhões de pessoas que convivem com a doença. Entre as causas do aumento de casos da doença em âmbito global, mais de um terço resultaram do crescimento populacional e do envelhecimento (IDF, 2017a).

Entre os tipos de diabetes conhecidos, o DM tipo 2 é o mais prevalente entre a população, correspondendo a em torno de 90% a 95% dos casos. Conhecida pela ocorrência entre adultos, a DM tipo 2 é caracterizada pela produção inadequada e/ou resistência à insulina. A cada dia observa-se, contudo, um aumento na frequência de casos entre crianças e adolescentes (SBD, 2017; IDF, 2017a).

Salienta-se que o DM é uma das DCNTs considerada prioridade em pesquisa para saúde brasileira, segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015a), principalmente estudos que identifiquem determinantes sociais, grupos populacionais vulneráveis, adesão ao tratamento, evolução da doença e suas complicações, morbimortalidade, fatores de risco e os mecanismos da doença entre diferentes faixas etárias (BRASIL, 2015a).

Por meio destas informações é possível fazer uma análise do DM no território brasileiro e, assim, desenvolver métodos de promoção da saúde e estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, bem como realizar avaliação das políticas, programas e dos serviços de saúde (BRASIL, 2015a). Partindo dessas considerações, tem-se como questão de pesquisa: Qual a tendência da produção do conhecimento na produção científica da área da saúde acerca do DM tipo 2? Desse modo, o objetivo deste estudo foi analisar as tendências da produção do conhecimento em Dissertações e Teses defendidas nos Programas de Pós-Graduação na área da saúde no Brasil acerca do *Diabetes Mellitus* tipo 2.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de uma revisão narrativa. A revisão narrativa é utilizada para descrever e analisar determinado assunto de forma ampla, sob o ponto de vista contextual ou teórico (ROTHER, 2007). Este



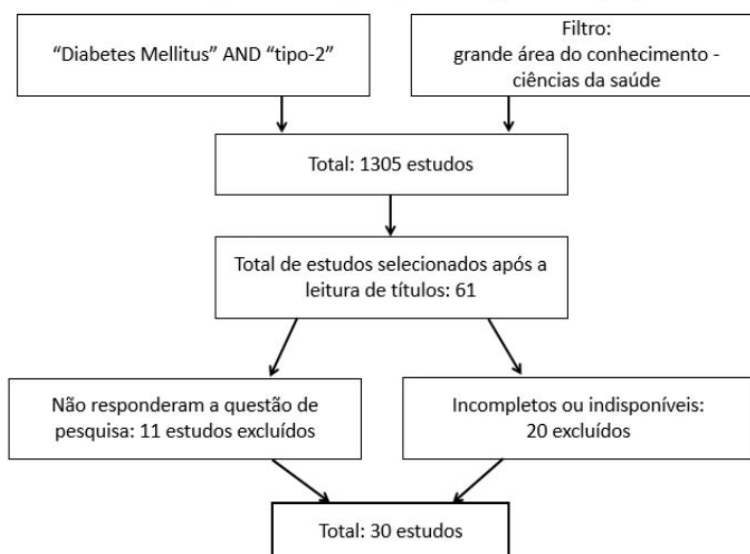
estudo foi desenvolvido para a disciplina Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, componente da grade curricular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf-UFSM).

A busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) foi realizada no mês de outubro de 2020, com a finalidade de conhecer a tendência da produção do conhecimento nacional de Teses e Dissertações acerca da temática supracitada. Como estratégia de busca, foram usadas as palavras “*Diabetes Mellitus*” AND “*tipo-2*”. A utilização dessas palavras-chave ocorreu como uma estratégia para alcançar o maior número de produções científicas. Além disso, não foi determinado recorte temporal. Como critérios de inclusão optou-se por pesquisas da área da saúde dos Programas de Pós-Graduação brasileiros sobre DM tipo 2 em adultos. Foram excluídos os estudos que possuíam resumos incompletos ou indisponíveis e os que estivessem associados a outras doenças, além do DM.

Foram encontradas 1.305 produções. Após a leitura de títulos, selecionaram-se 61 pesquisas. Depois da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos resumos, o *corpus* final para o presente estudo foi constituído por 30 produções (Figura 1).



Figura 1 – Fluxograma de seleção das produções acerca do DM tipo 2 em adultos no Banco de Teses e Dissertações da Capes, 2020



Fonte: Elaboração própria.

A fim de auxiliar na análise dos dados, utilizou-se uma ficha de análise documental composta pelas variáveis: especificidades (título, autor, ano, instituição, tipo, ano, área de conhecimento, delineamento do estudo) e tendência

de objeto de pesquisa. Os resultados foram analisados segundo os pressupostos da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), em que as etapas se constituem de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

Ademais, neste estudo os aspectos éticos foram preservados, e todos os autores citados foram referenciados conforme a Lei de Direitos Autorais nº 9.610/98 (BRASIL, 2015b).

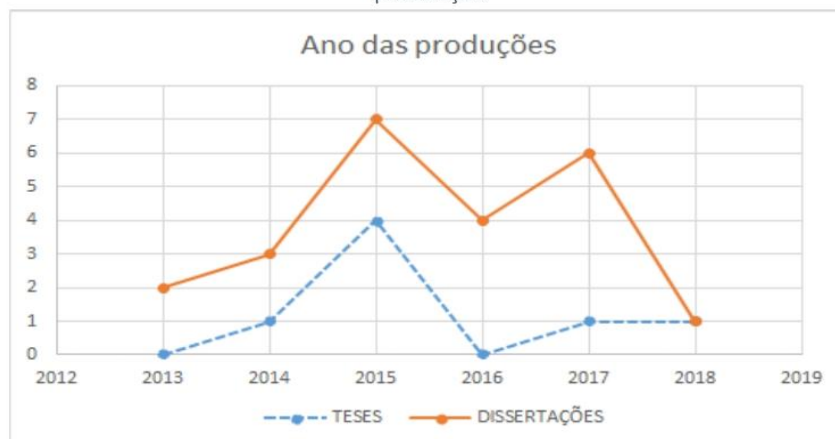
RESULTADOS

Caracterização das dissertações e teses acerca do DM tipo 2 na área da saúde

Dentre os 30 estudos selecionados, identificou-se 23 (77%) dissertações de Mestrado e sete (23%) teses de Doutorado. Em relação à região em que os estudos foram realizados, predominou a Sudeste, com 18 (60%), e o local com mais destaque foi a Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, com sete (23%) produções. Em seguida, prevaleceu a Região Nordeste, com seis (20%). Na Região Sul foram identificados cinco (17%) estudos, destacando que dois (7%) foram na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No Centro-Oeste ocorreu um (3%) na Universidade Federal de Goiás (UFG). Na Região Norte não houve estudos. Quanto ao ano das produções, em 2015 houve 11 (37%), entre defesas de dissertações e teses, conforme exposto no Gráfico 1.



Gráfico 1 – Distribuição de dissertações e teses acerca do DM tipo 2 por ano de publicação



Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à área do conhecimento, predominou a Enfermagem, com 23 (77%) dissertações e teses produzidas no Brasil, seguido da Medicina com quatro (13%) e Farmácia, Nutrição e Odontologia com um (3%) cada.

Quanto ao delineamento metodológico dos estudos selecionados, constatou-se a prevalência do método quantitativo, com 22 (73%), seguido de qualitativos, com 6 estudos (20%) e quanti-qualitativos com 2 (6%).

Tendência de objeto de pesquisa – Perfil clínico-epidemiológico das pessoas com DM tipo 2

Dentre as teses e dissertações, 14 elegeram como tendência do objeto de estudo a caracterização do perfil clínico-epidemiológico. Obteve-se como resultados a identificação de perfil sociodemográfico das pessoas com DM tipo 2, com fatores de risco, complicações, adesão a medicamentos e hábitos de vida (MORAM, 2015; MARINHO, 2015; VELOSO, 2017; SILVA, S. M., 2017; RABELO, 2017).

Destaca-se que, na maioria dos estudos, em relação ao perfil sociodemográfico, predominou o sexo feminino, idosos, aposentados, casados, com média de sete anos de estudos e renda familiar entre um e dois salários mínimos (COELHO, 2013; CORREA, 2014; LIMA, 2017). Em relação aos fatores de risco, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemia foram os fatores mais associados ao DM (TREVIZANI, 2015; LARRE, 2017; VELOSO, 2017). Destaca-se, também, a presença de obesidade, tabagismo e etilismo (DOMINGOS, 2015; OLIVEIRA, R. E. M., 2016; VELOSO, 2017).

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, houve uma média de dez anos (COELHO, 2013; CORREA, 2014; LIMA, 2017). Já as complicações decorrentes do DM tipo 2 encontradas foram: neuropatia periférica, nefropatia, retinopatia e amputação de membros inferiores (MARINHO, 2015; TREVIZANI, 2015).

Nos estudos, a maioria das pessoas realizava o tratamento correto com o uso de antidiabético oral e a combinação da insulina com o antidiabético oral (COELHO, 2013; DOMINGOS, 2015; LARRE, 2017). Verificou-se, em duas dissertações, baixas prevalências de adesão à alimentação saudável, à prática regular de atividade física e ao controle glicêmico (JESUS, 2015; RABELO, 2017).

Desse modo, destaca-se que os fatores sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos podem influenciar a adesão ao tratamento e autocuidado. Obter informações para orientar e planejar ações, portanto, é fundamental para melhorar o controle da doença, diminuir riscos de complicações e proporcionar melhor qualidade de vida (ROSSANEIS, 2015; MORAM, 2015; SILVA, S. M., 2017).

Tendência de objeto de pesquisa – Autocuidado por pessoas com DM tipo 2

Outra tendência da produção do conhecimento foi referente ao conhecimento e autocuidado. As pessoas com DM tipo 2 apresentam dificuldades na adesão à dieta, em praticar atividade física, na aplicação da insulina, no monitoramento e no manuseio do aparelho de glicemia capilar (SIGOLI, 2015; SILVA, 2016; OLIVEIRA, R. F., 2016; ACIOLY, 2018). Já em relação aos cuidados com os pés, percebeu-se que a maioria das pessoas realiza os cuidados corretamente em relação à prevenção do pé diabético (SILVA, 2016; LEAL, 2017).



Dois estudos destacaram que muitas pessoas com DM tipo 2 apresentavam falhas no conhecimento em relação à prática de automonitorização glicêmica e aplicação da insulina. Foram apontadas as dificuldades das pessoas, dentre elas: descarte do material perfurocortante, lavagem das mãos, manuseio e higienização do aparelho de glicemia capilar, o local da aplicação da insulina, local de armazenamento da medicação e aspiração da dose prescrita (OLIVEIRA, R. F., 2016; SILVA, A. C., 2017). As ações de educação em saúde, portanto, podem contribuir para a modificação de práticas incorretas de aplicação da insulina e da automonitorização glicêmica. Além disso, é importante realizar capacitações visando o manejo adequado do uso da insulina, prevenindo possíveis erros (OLIVEIRA, R. F., 2016; SILVA, A. C., 2017).

Nos estudos sobre pé diabético percebeu-se que as pessoas realizavam os cuidados adequados, como o uso de calçados confortáveis, hidratação do pé a fim de evitar rachaduras, higiene nos espaços interdigitais e tinham a preocupação em preservar os membros inferiores de lesões (SILVA, 2016; LEAL, 2017). Além disso, as ações educativas auxiliam na valorização do vínculo e escuta com os profissionais de saúde, proporcionando uma melhor relação das pessoas com a sua doença (FERRI, 2013; CHAVES, 2015; ACIOLY, 2018).

Tendência de objeto de pesquisa – Ações educativas realizadas com pessoas que possuem DM tipo 2

Nos estudos referentes às ações educativas com as pessoas que possuem DM tipo 2, identificou-se intervenções e orientações por meio de cartilhas, grupos e aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD) na Atenção Primária à Saúde (APS) e por contato telefônico (GOMES, 2014; TRAVIZANI, 2014; LAMOUNIER JR., 2015; VASCONCELOS, 2015). Além disso, verificou-se que, após as orientações e entrega de cartilha sobre adesão a medicamentos, teve aumento da prevalência de adesão ao tratamento e controle do DM (OLIVEIRA, 2014; LAMOUNIER JR., 2015).

Em relação às ações educativas por meio de grupos com orientações dos profissionais da saúde, percebeu-se uma melhora em relação à prática de atividade física, cessação do tabagismo, dieta mais saudável, controle da pressão arterial e diminuição dos níveis de triglicerídeos. Também ocorreu uma melhora significativa na hemoglobina glicada e nos níveis de colesterol (TRAVIZANI, 2014; SOARES, 2015).

Ademais, a aplicação de QAD e o contato por telefone também são outras medidas de ações educativas que surtiram efeitos positivos no autocuidado, na alimentação, na atividade física e nos cuidados com os pés. Desse modo, essas estratégias de educação em saúde, aconselhamento e incentivo a mudanças de hábitos de vida realizadas por enfermeiros, contribuem para o conhecimento sobre a doença, adesão ao tratamento e controle clínico e laboratorial das pessoas com DM tipo 2 (GOMES, 2014; VASCONCELOS, 2015; MOURA, 2016; DUARTE, 2018).



DISCUSSÃO

Ao tratar do perfil clínico epidemiológico de pacientes com DM, encontrado nas teses e dissertações, houve convergência com outros estudos que relatam sobre a população usuária dos serviços de saúde ser a maioria mulheres, idosas, com baixa escolaridade e baixa renda (VICENTE *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2019).

No que diz respeito aos fatores de risco, a HAS é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos que possuem diabetes. Além disso, juntamente com dislipidemia e obesidade, aumenta o risco de desenvolver eventos cardiovasculares (SBD, 2017). Cabe ressaltar que o tabagismo e etilismo podem estar relacionados com o agravamento do DM e com o aparecimento de complicações (VICENTE *et al.*, 2018). Conforme um estudo que analisou a associação entre o tempo da doença e o aparecimento de complicações, os usuários que possuíam o diagnóstico da doença há mais de dez anos apresentavam mais agravos (CORTEZ *et al.*, 2015), corroborando com o achado.

Identificou-se que a adesão ao tratamento medicamentoso encontrada nesta pesquisa converge com outro estudo realizado com 85 pessoas com DM tipo 2, em que foi identificado que 97,6% dos participantes aderem ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2017). Em pessoas com DM tipo 2, o tratamento deve priorizar a mudança do estilo de vida, com o objetivo de promover controle da glicemia, realizar atividade física e ter uma dieta saudável e equilibrada, evitando, se possível, açúcares e reduzindo os carboidratos e gorduras saturadas (SBD, 2017).

Em relação ao objeto dos estudos sobre autocuidado, pode-se analisar que a dieta alimentar e a atividade física são consideradas pilares do tratamento não farmacológico do diabetes. No DM, todavia, as complicações agravam-se nas pessoas que não realizam o autocuidado relacionado à alimentação correta, à atividade física, aos cuidados com os pés e ao uso adequado dos medicamentos quando necessários (CORTEZ *et al.*, 2015).

O combate ao sedentarismo tem impacto positivo na melhora do controle glicêmico e das comorbidades, como excesso de peso, hipertensão arterial, dislipidemia, risco cardiovascular, insônia, dentre outros (SBD, 2017). Ademais, o controle metabólico é apontado como a pedra angular do manejo do diabetes, pois pode reduzir o risco de complicações microvasculares e minimizar as chances de doenças cardiovasculares (IDF, 2017a).

No que se refere às ações educativas realizadas com DM tipo 2, a promoção de saúde deve focar na autonomia e no autocuidado, de modo que busque desenvolver habilidades e segurança na pessoa com DM tipo 2 e sua família, para que possam conhecer e aderir o tratamento de forma correta. A educação voltada para o diabetes, portanto, é um processo facilitador de conhecimentos, habilidades e capacidades necessárias para o autocuidado da doença (SBD, 2017). O pé diabético é uma das complicações mais graves e onerosas do diabetes. A educação intensiva e o conhecimento dos cuidados com os pés são necessários para reduzir as complicações como a amputação (IDF, 2017b).



Além disso, a cartilha educativa, utilizada pelos enfermeiros na APS, também auxilia na educação para o autocuidado, favorecendo o desenvolvimento de autonomia, controle, adesão ao tratamento e compreensão da doença (TORRES; PAULA, 2019). Já as orientações por meio de grupos são consideradas eficazes no sentido de ampliar o conhecimento das pessoas com DM tipo 2 e melhorar o controle da doença. Os grupos favorecem a troca de experiências entre os membros, promovem mudanças nos hábitos alimentares, na prática de atividade física e nos cuidados gerais com o corpo (BARBOSA *et al.*, 2016; VIEIRA; CECÍLIO; CARVALHO TORRES, 2017).

Diante disso, os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, têm papel fundamental na assistência às pessoas com DM tipo 2, atuando em ações educativas que visem o autocuidado em relação à alimentação correta, à prática de atividade física, automonitorização da glicemia capilar e à aplicação da insulina. As cartilhas, grupos e o uso de explicações por telefone, realizados por enfermeiros, são importantes ferramentas para incentivar a mudança de hábitos, controle da doença e prevenção de complicações.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou analisar a produção do conhecimento resultante das pesquisas que foram realizadas acerca do DM tipo 2 na área da saúde. A enfermagem foi a área do conhecimento que apresentou maior número de estudos. Diante disso, ressalta-se a importância da enfermagem no desenvolvimento do cuidado, promoção de saúde e na prevenção de agravos. As pesquisas auxiliam no cotidiano de trabalho, pois ajudam a refletir sobre as ações educativas e contribuem para uma melhor qualidade de vida das pessoas com DM tipo 2.

Atingiu-se o objetivo de conhecer as principais tendências sobre a temática, contribuindo para a construção do conhecimento em saúde e enfermagem. Espera-se que o presente estudo possa favorecer o desenvolvimento de pesquisas sobre a utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com DM tipo 2, associado ao perfil clínico-epidemiológico, e assim preencha a lacuna do conhecimento identificada. Estudos com esta temática poderão auxiliar os profissionais da saúde e os gestores a instituírem ações, políticas e programas que sejam eficientes no acompanhamento dessas pessoas com diabetes na rede de cuidado, prevenindo e controlando os agravos da doença.

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, C. M. C. *Práticas de autocuidado realizadas por pessoas com diabetes tipo 2 em um segmento ambulatorial de João Pessoa*. 2018. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2018.
- ARAÚJO, E. S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000301092&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 5 jun. 2019.
- BARBOSA, L. *et al.* Avaliação da intervenção educativa em grupo para diabéticos assistidos em um Centro de Saúde. *Esc. Rev. Enferm. Uerj*, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a03.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.





- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. *Lei de Direitos Autorais nº 9.610/1998 e normas correlatas*. 4. ed. Brasília: Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas, 2015b. 186 p.
- CARVALHO, C. V. et al. Adesão de pessoas com Diabetes Mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. *Rev. Enferm. Ufpe on-line*, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110239/22173>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- COELHO, A. C. M. *Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial*. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- CHAVES, A. C. S. *Narrativas de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: potencialidades para o cuidado de enfermagem*. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- CORREA, K. *Qualidade de vida e sua relação com variáveis clínicas e sociodemográficas em pacientes diabéticos tipo 2 nos diferentes níveis de atenção à saúde*. 2014. 63 f. Dissertação (Mestrado Profissional em odontologia em saúde coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.
- CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul. Enferm.*, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760010.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- DOMINGOS, G. B. *Autoeficácia das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em seguimento ambulatorial, para o cuidado com a doença*. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- DUARTE, C. A. *A tecnologia de telemonitoramento em enfermagem: contribuições para autonomia de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2*. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- FERRI, L. P. *O Processo do autocuidado dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 de Jataí/GO*. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional em saúde coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2013.
- GOMES, J. L. G. C. *Educação para o autocuidado em diabetes mellitus na estratégia de saúde da família*. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- IDF. International Diabetes Federation. *Diabetes and cardiovascular disease*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2016. 144 p.
- IDF. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 8. ed. Brussels, Belgium: IDF, 2017a. 144 p.
- IDF. International Diabetes Federation. *Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot*. A guide for health care professionals. Brussels, Belgium: IDF, 2017b. 70 p.
- JESUS, D. M. *Perfil epidemiológico dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 gestão das atividades educativas de enfermagem*. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- LAMOUNIER JR., E. *Avaliação de um modelo de orientação em relação a adesão à terapêutica no paciente diabético tipo 2*. 2015. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação em Diabetes) – Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2015.
- LARRE, M. C. *Atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial de um hospital universitário*. 2017. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Sergipe, Sergipe, 2017.
- LEAL, T. C. *Cuido muito os meus pés: saberes e práticas de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. 2017. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

- LIMA, A. O. P. *Qualidade de vida de pessoas idosas acometidas de diabetes mellitus tipo 2*. 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2017.
- MAGALHÃES, E. M. A. *et al.* Aspectos socioeconômicos, de condições de saúde e hábitos de vida de pessoas idosas portadoras de Diabetes Mellitus. *C&D – Rev. Elet. da Fainor*, 2019. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/855/456>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 1, 2017.
- MARINHO, F. S. *Perfil de incapacidades e fatores associados em pacientes com diabetes tipo 2 avaliados pela medida canadense de desempenho ocupacional: a coorte do rio de janeiro de diabetes tipo 2 (rio-t2d)*. 2015. 86 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- MORAM, C. B. M. *Fatores relacionados ao desenvolvimento e a progressão de neuropatia periférica em pacientes diabéticos tipo 2: a coorte do rio de janeiro de diabetes tipo 2 (rio-t2d)*. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em clínica médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- MOURA, N. S. *Intervenções educativas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. 2016. 145 f. Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em enfermagem e saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2016.
- OLIVEIRA, N. F. *Participação do usuário com diabetes mellitus tipo 2 na produção de cuidado na rede de Atenção Básica*. 2014. 206 f. Tese (Doutorado em enfermagem em saúde pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- OLIVEIRA, R. E. M. *Adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde da Família: análise na perspectiva de gênero*. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.
- OLIVEIRA, R. F. *Avaliação do conhecimento sobre automonitorização glicêmica dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 acompanhados em ambulatório de Belo Horizonte*. 2016. 48 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação em Diabetes) – Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2016.
- RABELO, S. E. *Adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus e a qualidade do cuidado na atenção básica de saúde*. 2017. 377 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- ROSSANEIS, M. A. *Condições de saúde, estilo de vida e risco de ulceração nos pés de pessoas com diabetes mellitus atendidas na atenção primária*. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.*, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001. Acesso em: 30 maio 2019.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Editora Clannad, 2017, 383 p.
- SIGOLI, P. B. O. *Conhecimento dos pacientes com diabetes tipo 2 sobre alimentação saudável*. 2015. 79 f. Tese (Doutorado em saúde na comunidade) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- SILVA, A. C. *Práticas de cuidado com o uso de insulina por usuários com diabetes mellitus tipo 2*. 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.
- SILVA, C. G. *Conhecimento e atividades de autocuidado dos portadores de diabetes mellitus tipo 2: fatores associados*. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2016.
- SILVA, S. M. *Perfil e nível de adesão ao autocuidado de idosos com diabetes mellitus tipo 2 usuários de serviço secundário de atenção à saúde*. 2017. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.



SOARES, M. Q. *Diabetes tipo 2: avaliação da intervenção interdisciplinar no Centro Hiperdia Minas da Região de Saúde de Viçosa*. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação em Diabetes) – Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2015.

TORRES, H. C.; PAULA, D. V. Avaliação da cartilha para orientação da prática do autocuidado em *Diabetes Mellitus*. *Rev. Enferm. Uerj*, 2019. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7722/2964>. Acesso em: 11 jun. 2019.

TRAVIZANI, A. B. *Comparação entre duas estratégias na educação de diabéticos tipo 2: cartilhas impressas versus reuniões em grupo*. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional em educação em diabetes) – Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2015.

TREVIZANI, F. A. *Atividades de Autocuidado de Idosos com Diabetes Mellitus tipo 2*. 2015. 183 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

VASCONCELOS, H. C. A. *Controle do diabetes mellitus tipo 2: análise de um programa de intervenção com informações sobre a doença via chamadas telefônicas*. 2015. 170 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2015.

VELOSO, J. *Perfil sociodemográfico de indivíduos com diabetes melito tipo 2 inseridos em um programa de acompanhamento de saúde pública*. 2017. 54 f. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Paraná, 2017.

VICENTE, N. G. *et al.* Prevalencia de adhesión al tratamiento medicamentoso de personas con Diabetes Mellitus. *Enf. Global*, 2018. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.302481>. Acesso em: 10 jun. 2019.

VIEIRA, G. L. C.; CECÍLIO, S. G.; CARVALHO TORRES, H. C. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Esc Anna Nery*, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170017.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.



**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO
PROJETO MATRICIAL PARA A ETAPA QUANTITATIVA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Enfa. Mestranda Daniela Buriol, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada “Estratificação do Risco Cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria - RS”, da qual sou pesquisadora responsável.

A handwritten signature in black ink, reading 'Maria Denise Schimith'.

Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenadora da Pesquisa

Santa Maria, 10 de junho de 2019.

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO MATRICIAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.**

PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Número do instrumento: Data e hora da coleta: Número prontuário UBS:

Dados gerais

Nome da Unidade Básica de Saúde/Região:

Bairro/Vila:

Identificação do participante

Nome:

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

Data de nascimento:

Escolaridade (anos completos):

Telefone:

Reprovou alguma vez?:

Ocupação/trabalho:

Estado Civil

1. Solteiro(a)
 2. Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)
 3. União estável há mais de seis meses
 4. Casado(a) legalmente
 5. Viúvo(a)
 6. Outro

Religião

1. Ateu 4. Espírita
 2. Católica 5. Outra
 3. Evangélica

5. Outra religião:

Etnia

1. Branca
 2. Negra
 3. Parda
 4. Amarela
 5. Indígena

Possui alguma deficiência física?

1. Não 2. Sim

Se sim, qual o tipo de deficiência física?

1. Visual
 2. Auditiva
 3. Motora
 4. Intelectual/mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Dados de moradia

Incluindo você, quantas pessoas residem no seu domicílio?

Qual a renda familiar mensal (R\$)? - (sal. min. nac. R\$ 937,00)

Condição da casa em que reside

1. Própria
 2. Cedida
 3. Alugada
 4. Outra/invasão

Material da casa em que reside

1. Alvenaria - tijolo
 2. Madeira
 3. Mista

Esgotamento sanitário

1. Rede coletora
 2. Fossa séptica
 3. Buraco/rio/poço/vala

Abastecimento de água

1. Com canalização interna
 2. Sem canalização interna
 3. Poço/pipa

PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR

Dados antropométricos

Peso (kg)

Altura (cm)

IMC (kg/m²)

PA (mmHg)

Circunf. cintura (cm)

Circunf. quadril (cm)

Circunf. abdominal (cm)

RCQ (cm)

SE SEXO FEMININO

Usa anticoncepcional hormonal?

1. Sim 2. Não

Se SIM, qual o tipo?

1. Oral
 2. Injetável

Se ORAL, qual?

1. Contínuo 2. Pausa

Se INJETÁVEL, qual?

1. Mensal 2. Trimestral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR

SE SEXO FEMININO

Faz uso de outro tipo de anticoncepcional?

1. Anel vaginal
 2. Pílula vaginal
 3. Adesivo
 4. Implante Hormonal
 5. Esponja Contraceptiva
 6. Diafragma (método não hormonal)
 7. DIU

Se usa DIU, qual o tipo?

1. Mirena ou Hormonal
 2. Cobre (não hormonal) - SUS

OU

Qual o tempo de troca do DIU?

Há quanto tempo você faz uso de método anticoncepcional?

Fatores de risco associados

Uso de álcool

1. Não usa
 2. Usa menos de 30g de álcool por dia
 3. Usa mais de 30g de álcool por dia

30g de álcool por dia = 600ml de cerveja (5% de álcool) OU 250ml de vinho (12% de álcool) OU 60ml de destilados (50% de álcool).

Faz uso de cigarro?

1. Sim 2. Não

Alguma das pessoas que mora com você costuma fumar dentro de casa? OU Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde você trabalha?

1. Sim 2. Não

Você usa outras drogas?

1. Sim 2. Não

Você já fez ou faz tratamento para depressão?

1. Sim 2. Não

Durante quanto tempo?

Se SIM, qual?

1. Maconha
 2. Cocaína
 3. Crack
 4. Outra

Considera-se uma pessoa estressada?

1. Sim 2. Não

Pratica alguma atividade física?

1. Não
 2. Sim - MENOS de 30 min/5 vezes por semana
 3. Sim - MAIS de 30 min/5 vezes por semana

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM

ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Indicadores de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO

- 1. Idade > 65 anos
- 2. Sexo masculino
- 3. Tabagismo
- 4. Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia.
- 5. Obesidade (IMC >30 kg/m²) ou obesidade central (cintura abdominal medida na altura do umbigo: >88 cm em mulheres; > 102 cm em homens).
- 6. Sedentarismo
- 7. História de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1º grau: pai, mãe, irmãos (homens <55 anos e mulheres <65 anos).
- 8. História familiar de doença renal (para risco de insuficiência renal).
- 9. Manifestações de aterosclerose: sopros arteriais carotídeos; diminuição ou ausência de pulsos periféricos.
- 10. Diagnóstico prévio de dislipidemia.
- 11. Diagnóstico prévio de síndrome de ovário polístico.

Indicadores de ALTO risco

- 1. Acidente vascular encefálico (AVE) prévio.
- 2. Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio.
- 3. Lesão periférica - Lesão de órgão-alvo (LOA).
- 4. Ataque isquêmico transitório (AIT).
- 5. Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE).
- 6. Nefropatia
- 7. Retinopatia
- 8. Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica.
- 9. Aneurisma de aorta abdominal.
- 10. Estenose de carótida sintomática.
- 11. Diabetes melitus.
- 12. Doença vascular periférica.
- 13. Angina no peito.
- 14. Doença renal crônica.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM

ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Se o participante apresentar **APENAS UM** fator de risco **BAIXO/INTERMEDIÁRIO**, não há necessidade de calcular o escore (partir para a etapa 2), pois ele é considerado como **BAIXO RCV**.

Se apresentar **AO MENOS UM** fator de **ALTO** risco, também não há necessidade de calcular o escore, pois este paciente já é considerado como **ALTO RCV**.

O cálculo será realizado quando o usuário apresentar **MAIS DE UM** fator de risco **BAIXO/INTERMEDIÁRIO**.

É necessário passar para a próxima etapa?

1. Sim 2. Não

Se **NÃO** é necessário, qual o diagnóstico de risco?

ETAPA 2 - IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS NA ESCALA

Valores das variáveis

Idade

Coolesterol total (mg/dL)

HDL (mg/dL)

LDL (mg/dL)

PA (mmHg)

Glicemia jejum (mg/dL)

Triglicérides (mg/dL)

Pontuação na Escala de Risco de Framingham

Idade

Coolesterol total

Tabagismo

HDL

PA sistólica

SOMA DOS PONTOS

ETAPA 3 - DIAGNÓSTICO DE RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DOS PONTOS OBTIDOS

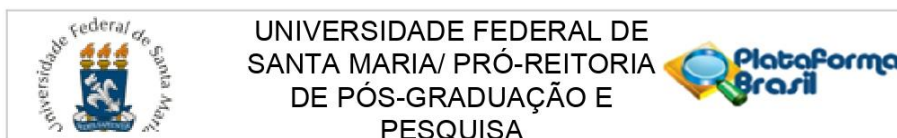
Escore obtido na ERF (%)

Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos

Tabela Risco

Baixo	< 10%
Intermediário	10 a 20%
Alto	> 20%

ANEXO D – PARECER DO CEP DA UFSM SOBRE A EMENDA DE JUSTIFICATIVA DE MUDANÇA NO MÉTODO REFERENTE A ETAPA QUALITATIVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Maria Denise Schimith

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26471819.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

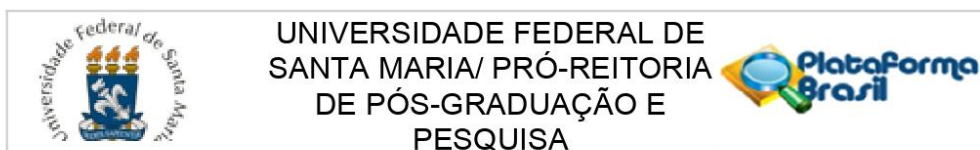
Número do Parecer: 4.383.912

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto "Utilização dos serviços de saúde por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2" (CAAE 26471819.8.0000.5346).

Para tanto foi apresentado o documento JUSTIFICATIVA DE MUDANÇA NO MÉTODO REFERENTE A ETAPA QUALITATIVA e uma nova versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento justifica a alteração da seguinte forma: "Em virtude da pandemia por coronavírus, optou-se por modificar o método do projeto de pesquisa referente a parte qualitativa. Segue abaixo as modificações no método: Na etapa qualitativa, será realizada entrevistas por meio de inquérito telefônico com as pessoas que possuem DM tipo 2 autorreferido. Os usuários serão captados a partir da etapa quantitativa, a qual delimitou previamente a população. Após acessar o sistema de prontuário eletrônico para confirmar as informações e localizar as pessoas, será entrado em contato com os participantes por meio da utilização de telefone celular. Destaca-se que somente após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo e do aceite de cada um será iniciado a entrevista".

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.383.912

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: analisar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria - RS e compreender a percepção destas sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria – RS.

Objetivos secundários: 1) Caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS. 2) Identificar as fortalezas e barreiras da utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com DM tipo 2. 3) Analisar a relação entre as características sociodemográficas e clínicas com a percepção das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios na nova versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequados às normativas pertinentes.

Os riscos e as medidas no caso de sua incidência, na nova versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estão descritos como: “Dentre os possíveis riscos, durante a realização desta pesquisa, os participantes poderão apresentar alguns sentimentos relacionados às vivências. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar participando na pesquisa. Se você optar em pausar a entrevista, será aceito e parada a gravação. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Ressalta-se que devido a coleta de dados ocorrer por telefone, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus”.

Benefícios: “Os benefícios da pesquisa para os participantes serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a temática, contribuindo para os profissionais da saúde desenvolver e elaborar ações de saúde com ênfase na prevenção de complicações decorrentes do DM tipo 2. A pesquisa não apresentará qualquer tipo de ônus financeiro ao participante”.

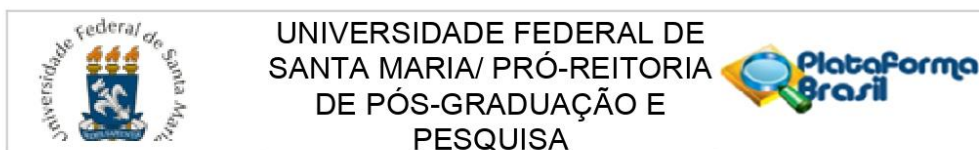
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 4.383.912

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

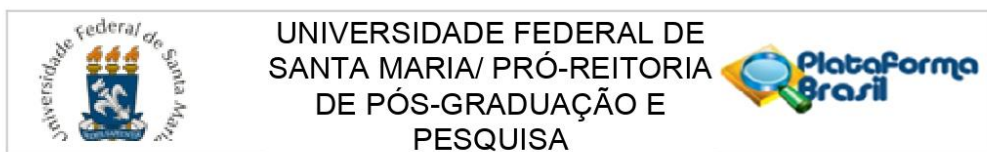
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1640268_É1.pdf	04/11/2020 01:42:02		Aceito
Outros	Formulario_para_apresentacao_de_pendencias_site.pdf	04/11/2020 01:41:10	Daniela Buriol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemenda.pdf	04/11/2020 01:39:29	Daniela Buriol	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DE_MUDANCA_NO_METODO_REFERENTE_A_ETAPA_QUALITATIVA.pdf	03/10/2020 22:52:49	Daniela Buriol	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	02/12/2019 13:59:14	Daniela Buriol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DanielaProjetoDeDissertacao.pdf	28/11/2019 02:05:52	Daniela Buriol	Aceito
Outros	RegistroProjeto65217.pdf	28/11/2019 02:03:13	Daniela Buriol	Aceito
Outros	AutorizacaoInstitucionalNEPES.pdf	28/11/2019 02:02:11	Daniela Buriol	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	28/11/2019 02:01:30	Daniela Buriol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.383.912

Não

SANTA MARIA, 06 de Novembro de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA QUANTITATIVA**



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria - RS” de autoria das discentes **Gabriela Leal Neves e Taísa de Paula Freitas** sob orientação **Profª Drª Maria Denise Schimith**, e pertencente ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria. A população de estudo serão os usuários de 20 a 79 anos atendidos nestas unidades, sendo que a amostragem será aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa com dados da Secretaria de Saúde (SMS).

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns.

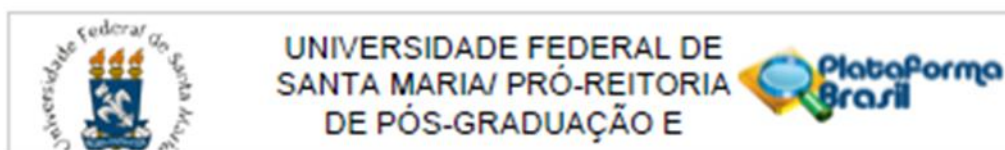
Santa Maria, 02 de agosto de 2016.

Rodrigo Silva Jordim

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0040/2007 SMS

ANEXO F – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA UFSM PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUANTITATIVA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

Pesquisador: Maria Denise Schimith

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60159416.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.772.115

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico, que será realizado por meio de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa. O local do estudo será todas as unidades de Atenção Básica (AB) da zona urbana do município de Santa Maria, e a população serão os usuários de 20 a 79 anos atendidos nestas unidades. A amostragem será aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde. Após, procedeu-se o cálculo do percentual populacional por década, dentro da faixa etária citada. Foram identificadas todas as unidades da AB, da zona urbana do município, por região administrativa e a quantidade de usuários atendidos em cada uma delas.

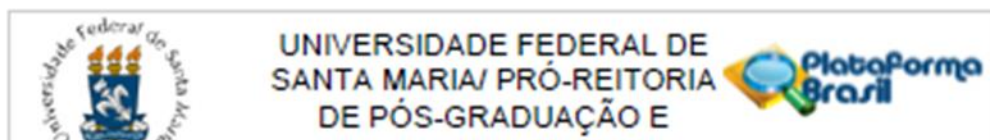
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria.

Objetivo secundário:

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos usuários de 20 a 79 anos

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-070
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;

- Caracterizar os hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo;
- Avaliar a associação entre a presença de alterações em medidas antropométricas e presença de médio/alto risco de desenvolver uma doença cardiovascular;
- Identificar os fatores associados a risco médio/alto de desenvolver uma doença cardiovascular em dez anos dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Identificar a prevalência de doença cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Analisar a influência de doenças cardiovasculares prévias com novos fatores de risco estudados que podem estar associados ao desenvolvimento destas doenças;
- Diferenciar o perfil de risco cardiovascular entre homens e mulheres, associando aos fatores de risco apresentados;
- Comparar a estratificação do risco cardiovascular pela ERF com a predição por outros escores de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

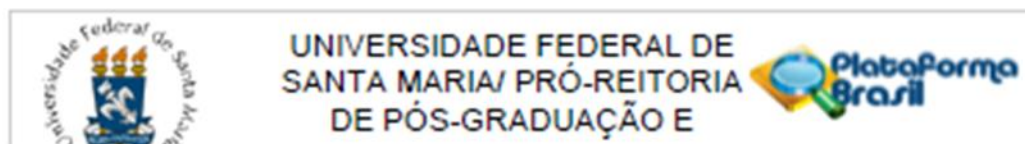
Riscos: a participação nesta pesquisa apresentará riscos mínimos para os participantes. Ao responder o questionário, o participante poderá sentir-se cansado. Ao final do questionário, se houver necessidade deverá apresentar exames laboratoriais que já tenha feito, ou no caso de não possuir estes exames serão solicitados exames laboratoriais para avaliação e diagnóstico da saúde. A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo em alguns casos desenvolver mancha roxa no local.

Benefícios: esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prevalência de doenças cardiovasculares dos usuários da atenção básica do município de Santa Maria, permitindo que sejam traçadas ações em saúde específicas para o perfil da população do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tanto o TC e o TCLE atendem as exigências do comitê de ética, bem como neles está bem claro quanto aos procedimentos da coleta de informações dos indivíduos pesquisados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

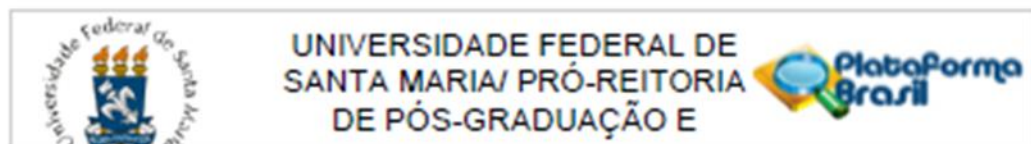
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_768509.pdf	19/09/2016 14:16:06		Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_pesquisa.pdf	17/09/2016 21:23:15	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Outros	TC.pdf	17/09/2016 21:22:51	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/09/2016 21:21:22	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_instituicao.pdf	16/09/2016 09:41:30	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	24/08/2016 22:45:25	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_2.jpg	23/08/2016 14:47:55	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_1.jpg	23/08/2016 14:47:38	Gabriela Leal Neves	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Outubro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-6962 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Pesquisador responsável: Enf. Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 8403-2310; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadoras mestrandas: Gabriela Leal Neves e Taísa de Paula Paiva Freitas

Telefones para contato: (55) 9945-0510 e (55) 8115-6758

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Objetivo do estudo: Caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria.

Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam fatores socioeconômicos, seus hábitos e estilo de vida, e no preenchimento de informações que devem ser coletadas no momento da entrevista, como: pressão arterial, circunferência abdominal e do quadril, peso e altura.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prevalência de doenças cardiovasculares dos usuários da atenção básica do município de Santa Maria, permitindo que sejam traçadas ações em saúde específicas para o perfil da população do município.

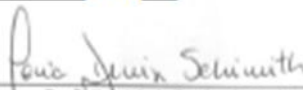
Riscos: A participação nesta pesquisa apresentará riscos mínimos para você. Ao responder o questionário, o senhor (a) poderá sentir-se cansado. Ao final do questionário, se houver necessidade deverá apresentar exames laboratoriais que já tenha feito, ou no caso de não possuir estes exames serão solicitados exames laboratoriais para avaliação e diagnóstico de sua saúde. A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo em alguns casos desenvolver mancha roxa no local.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Assinatura



Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM – Prédio da Reitoria, 2º andar. Av. Roraima, nº 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Telefones: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Web: <http://unclodoacomites.ufsm.br/index.php>.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefones: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA

APENDICÊ B – Termo de Confidencialidade

Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Pesquisador responsável: Enf.ª Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 8403-2310; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadoras mestrandas: Gabriela Leal Neves e Taísa de Paula Paiva Freitas

Telefones para contato: (55) 9945-0510 e (55) 8115-6758

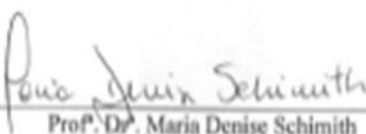
Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Maria – RS.

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista, aferição de pressão arterial e medidas antropométricas.

As informações serão utilizadas para execução da presente pesquisa, construção de um banco de dados do Grupo de pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf.ª Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, no seguinte local: Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1311, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em outubro/2016, com o número de registro do CAAE 60159416.2.00005346.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.


 Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith
 Pesquisador responsável

**ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA QUALITATIVA**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 3921-7201

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PO PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**” de autoria **MARIA DENISE SCHIMITH**, vinculada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender a percepção das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca da utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria – RS.

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

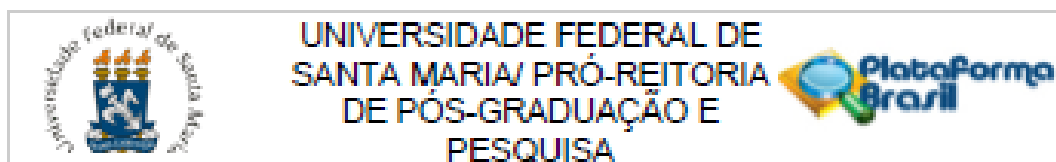
Santa Maria, 11 de novembro de 2019.

Fábio Mello da Rosa

FÁBIO MELLO DA ROSA
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0040/2007 SMS

ANEXO J – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA UFSM PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUALITATIVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Maria Denise Schmith

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26471819.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

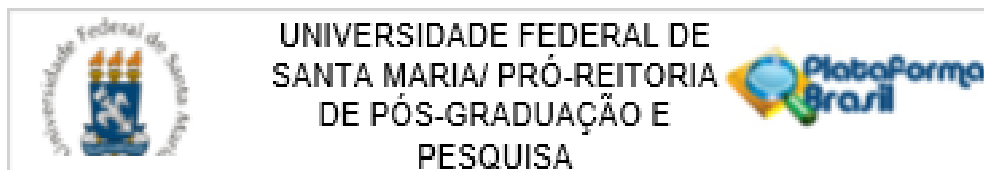
Número do Parecer: 3.757.888

Apresentação do Projeto:

O projeto (dissertação/PPG em Enfermagem/UFSM) tem como objeto avaliar e analisar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, buscando a percepção dos usuários sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município. O estudo se define como de "métodos mistos, do tipo sequencial explanatório". Na primeira etapa, será realizado um estudo quantitativo cuja fonte de dados será do projeto matricial "Estratificação do Risco Cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria" que abrangeu todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município (os foram coletados em todas as unidades de APS da zona urbana do município de Santa Maria, no período de março a outubro de 2017. O projeto matricial foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) em 12 de outubro de 2016, conforme parecer nº 1.772.115, com o número do CAAE: 60159416.2.0000.5346). Na segunda etapa, será realizado um estudo qualitativo com realização de entrevistas semiestruturadas com as pessoas que possuem Diabetes Mellitus tipo 2 autorreferido e fizeram parte do projeto matricial."

A amostra total do projeto matricial foi de 558 usuários da APS que apresentavam fatores de risco cardiovascular. São essas 61 pessoas que participarão desta pesquisa. Como técnica de coleta de dados, será utilizada a entrevista semiestruturada, com gravação de áudio, para posterior

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (98)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.757.888

transcrição e análise. O instrumento será composto pela caracterização sociodemográfica e pelas questões subjetivas: o que os participantes sabem sobre o DM tipo 2, como foram diagnosticados, os serviços que utilizaram e utilizam, as dificuldades e facilidades encontradas para acessar os serviços, além da opinião sobre o que poderia ser feito para melhorar essas dificuldades.

A pesquisa ocorrerá em todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Santa Maria. A análise dos dados quantitativos será realizada via estatística descritiva e analítica no software Statistical Package for the Social Sciences. A etapa qualitativa ocorrerá por meio da análise participativa com o desenvolvimento de narrativas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: analisar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria - RS e compreender a percepção destas sobre a utilização dos serviços de saúde da rede de cuidado do município de Santa Maria – RS.

Objetivos secundários: 1) Caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS. 2) Identificar as fortalezas e barreiras da utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com DM tipo 2. 3) Analisar a relação entre as características sociodemográficas e clínicas com a percepção das pessoas com DM tipo 2 atendidas na APS do município de Santa Maria – RS.

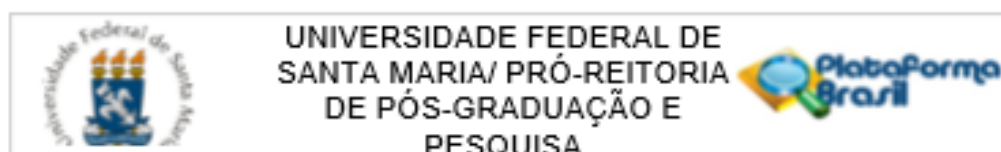
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos/benefícios: adequados.

Os riscos estão descritos como: "os participantes poderão apresentar alguns sentimentos, quando estiver relatando suas experiências. Caso isso ocorra, a pesquisadora poderá interromper a entrevista e conversar a respeito dos sentimentos expressos pelos participantes, podendo suspender a entrevista. Assim, será enfatizado que os participantes podem desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade".

Benefícios: "Os benefícios da pesquisa para os entrevistados serão indiretos, visto que esta pesquisa pretende contribuir para a construção do conhecimento sobre o tema abordado, possibilitando aos profissionais de saúde desenvolver e elaborar ações de saúde com ênfase na prevenção de complicações decorrentes do DM tipo 2".

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **Cep:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cap.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.757.886

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi incluída a frase "Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa" (ver modelo disponível no link <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php/cep/orientacoes-gerais>).

- Termo de Autorização Institucional (assinado pelo diretor do Núcleo de Educação Permanente da Saúde/Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria) e Termo de Confidencialidade: adequados

Registro no Gabinete de Projetos.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php/cep/orientacoes-gerais> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: incluir a frase "Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa" (ver modelo disponível no link <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php/cep/orientacoes-gerais>).

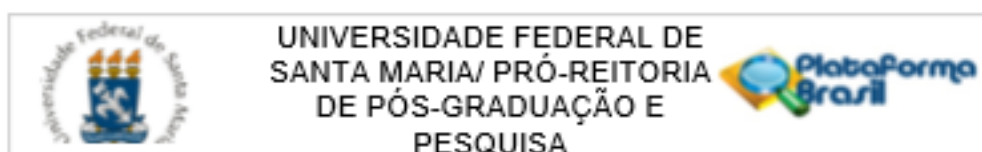
Considerações Finais a critério do CEP:

Os proponentes do projeto são responsáveis por indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	02/12/2019		Aceito

Endereço: Av. Rosário, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA

Continuação do Parecer: 3.757.886

Básicas do Projeto	ETO_1480012.pdf	14:02:15		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	02/12/2019 13:59:14	Daniela Buriol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DanielaProjetoDeDissertacao.pdf	28/11/2019 02:05:52	Daniela Buriol	Aceito
Outros	RegistroProjeto65217.pdf	28/11/2019 02:03:13	Daniela Buriol	Aceito
Outros	AutorizacaoInstitucionalNEPES.pdf	28/11/2019 02:02:11	Daniela Buriol	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	28/11/2019 02:01:30	Daniela Buriol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/11/2019 01:57:09	Daniela Buriol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Dezembro de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Rosário, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 e-mail: cap.ufsm@gmail.com