



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

**CLÁUDIA DA SILVA LACERDA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DIABÉTICOS:  
TERAPIAS E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS PARA OS  
DIABÉTICOS DO POSTO DE SAÚDE DA ESTAÇÃO EM SÃO  
GONÇALO DOS CAMPOS-BA.**

**CACHOEIRA – BA**

**2019**

**CLÁUDIA DA SILVA LACERDA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DIABÉTICOS:  
TERAPIAS E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS PARA OS  
DIABÉTICOS DO POSTO DE SAÚDE DA ESTAÇÃO EM SÃO  
GONÇALO DOS CAMPOS-BA.**

Trabalho de Curso Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para o Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Aquino de Queiroz.

**Cachoeira-BA**

**2019**

**CLÁUDIA DA SILVA LACERDA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DIABÉTICOS:  
TERAPIAS E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS PARA OS  
DIABÉTICOS DO POSTO DE SAÚDE DA ESTAÇÃO EM SÃO  
GONÇALO DOS CAMPOS-BA.**

Aprovada em 19 de dezembro de 2019

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Lúcia Maria Aquino de Queiroz (orientadora) - UFRB

---

Prof. Dr. Luís Flávio Reis Godinho – UFRB

---

Assistente Social Sida da Silva – SEMPRE / Salvador

**Cachoeira-BA**

**2019**

**“Não acredite em algo simplesmente porque ouviu. Não acredite em algo simplesmente porque todos falam a respeito. Não acredite em algo simplesmente porque está escrito em seus livros religiosos. Não acredite em algo só porque seus professores e mestres dizem que é verdade. Não acredite em tradições só porque foram passadas de geração em geração. Mas, depois de muita análise e observação, se você vê que algo concorda com a razão e que conduz ao bem e benefício de todos, aceite-o e viva-o”.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos e todas que cruzaram em meu caminho e que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação em Serviço Social. Posso afirmar que: antes era um sonho adormecido, agora uma realidade.

Aos meus pais Maria da Silva Lacerda e Antônio Correia de Lacerda por todo amor, incentivo e dedicação. Amo vocês eternamente.

Aos meus irmãos Cláudio, Carlos, Clóvis e Claudionor os laços fraternos que nos uniu certamente, nos tornam pessoas mais felizes.

Ao meu primo Janse, irmão de coração que muito contribui para esta realidade.

As minhas cunhadas Roseane e Daiane pela atenção e incentivo.

Aos meus sobrinhos Gabriel, Arthur, Fernanda, David, Felipe e Henrique vocês são meus amores. Que futuro as universidades públicas não sejam destruídas e que vocês tenham o direito enquanto cidadãos a um ensino superior gratuito e qualidade.

Aos meus afilhados, primos, tios, padrinhos, amigos e colegas todos vocês foram e são importantes em minha vida.

A minha prima Elaine, suas irmãs e Adriana que tanto contribuíram.

A minha turma e professores que contribuíram para minha formação acadêmica e especialmente as amoras especiais e inseparáveis, Camila, Ivanea, Vanuza, Kelly e a Roseane (UFBA) que foi embora, mas que deixou uma estrela a brilhar em nossos corações.

Ao professor Luís Flávio Reis Godinho pela força, incentivo e estímulo.

A minha professora e orientadora Lúcia Maria Aquino de Queiroz pela confiança, orientação, dedicação e comprometimento com meu trabalho de conclusão de curso.

A Assistente Social Sida da Silva que aceitou nosso convite e que tanto contribuiu.

A Secretária de Saúde, gerente e pacientes do Posto de Saúde da Estação que permitiram que a pesquisa fosse realizada.

E a Deus pela presença em todos os momentos da minha vida.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aborda as políticas públicas e direitos dos usuários com *Diabetes Mellitus* quanto as terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes sob o olhar de profissionais de saúde e usuários do Posto de Saúde da Estação em São Gonçalo dos Campos- BA. Também foi abordada a complexidade da doença, importância do apoio familiar, representação social, cuidado e autocuidado, educação, informação e defesa dos direitos dos usuários com diabetes mellitus atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O *Diabetes Mellitus* (DM) é considerado um problema grave de saúde pública no mundo e não é diferente no Brasil devido às mudanças de hábitos alimentares e de vida alcançando números crescentes e alarmantes. Há quatro tipos de diabetes: O diabetes tipo 1, o tipo 2, o diabetes gestacional e o insípido. Cada um com o seu grau de importância. O TCC objetivou analisar os desafios enfrentados pelos diabéticos do Posto da Estação em São Gonçalo dos Campos em relação às terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes. O Estado precisa criar conjuntos de programas, ações e decisões que visem garantir aos diabéticos benefícios, serviços, atividades, projetos, dentre outros, afim que este público tenha atendimentos digno e mais qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** *Diabetes Mellitus*; direitos dos usuários; SUS.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 O SUS Brasileiro.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Política de saúde e equidade .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 A integralidade versos judicialização .....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Os Usuários Com Diabetes Mellitus E A Efetivação Dos Seus Direitos .....</b>	<b>28</b>
<b>1.5 Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus .....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 Diabetes no Mundo, Brasil e na Bahia.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 O sistema público e o apoio à pessoa com DM .....</b>	<b>49</b>
<b>2.3 Os diabéticos e suas representações sociais.....</b>	<b>39</b>
<b>2.4 O Diabetes Mellitus (DM) no Brasil e suas Desigualdades sociais e demográficas entre os anos 2003 – 2008.....</b>	<b>49</b>
<b>2.5 A dieta e atividade física na prevenção e controle da diabetes mellitus.....</b>	<b>45</b>
<b>2.6 O processo de viver saudável mesmo com Diabetes Mellitus.....</b>	<b>47</b>
<b>2.7 A pessoa com diabetes em tratamento de hemodiálise.....</b>	<b>54</b>
<b>2.8 Acompanhamento psicológico para pacientes diabéticos.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 A pesquisa .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2 Contextos da pesquisa .....</b>	<b>58</b>
<b>3.3 Metodologia.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 Discussões sobre os dados da pesquisa .....</b>	<b>60</b>

<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
--------------------------------------	-----------

<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
---	-----------



## INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. Tem como causa fatores genéticos (herdados) e ambientais, sendo assim constitui ajustamentos e organização familiar, pois impõe ao diabético cuidados permanentes e contínuos. Devido à complexidade e aos números crescentes da doença, o diabetes mellitus tornou-se um grave problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo. Quase sempre o diabetes é visualizado na perspectiva de saúde e não social, porém a doença deve ser entendida pela sociedade e autoridades competentes a fim de compreender os impactos sociais causados pela mesma.

O objetivo geral da pesquisa é analisar as terapias e tratamentos disponíveis para os diabéticos do Posto da Estação em São Gonçalo dos Campos. E como os objetivos específicos: apresentar o perfil dos diabéticos de São Gonçalo dos Campos e identificar quais são as políticas que são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos diabéticos de São Gonçalo dos Campos.

O objeto sob investigação são as opiniões de usuários e agentes de saúde sobre as terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes. Analisando as dificuldades enfrentadas e a realidade dos diabéticos, sua família, os profissionais e a sociedade, na perspectiva de compreender os dilemas vividos pelo diabético e como se dão as relações sociais destes sujeitos. O estudo se concentra nas dificuldades do diabético e também nas relações sociais que se dão entre seus familiares, profissionais de saúde e amigos, visto que a doença não se caracteriza apenas na perspectiva de saúde, mas como doença social.

O Trabalho de Conclusão de Curso é composto por introdução, referencial teórico, metodologia, considerações finais e referências.

Compreendendo que o não cumprimento de políticas públicas demanda desafios aos doentes crônicos, questionamo-nos: quais os desafios enfrentados pelos diabéticos usuários do posto de saúde da estação em São Gonçalo dos Campos?

O diabetes tornou-se um problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo. Devido a sua gravidade o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se mobilizado em reduzir possíveis complicações e reduzir custos com a saúde pública. Em função disso houve a necessidade de perguntar sobre o objeto pesquisado e suas relações sociais também. O objeto de estudo reage em função da ação do pesquisador. A pesquisa é uma atividade na qual se

confronta com a realidade pesquisada de forma reflexiva. A reflexão surge a partir da pesquisa empírica que foi realizada em torno do dilema vivido pelo diabético.

O objeto empírico da pesquisa é o diabético. A monografia foi dividida no levantamento bibliográfico e na pesquisa propriamente dita. Foram pesquisados os diabéticos que participam do hiperdia e alguns funcionários. Foi realizada entrevista mista, do tipo survey, ou seja, um tipo de investigação quantitativa com um questionário estruturado. É importante salientar que foram utilizados nomes fictícios para preservação das identidades dos pacientes e funcionários.

No primeiro capítulo foi abordado o SUS brasileiro, a política de saúde no Brasil, com o objetivo de apresentar como estão apresentadas as políticas públicas no Brasil e como ocorreu o processo de evolução da saúde pública brasileira até os dias atuais. Já no segundo capítulo será apresentado o diabetes nas suas diversas fases, ou seja, como a doença é apresentada, como se apresenta, prevenção, evolução e possíveis complicações devido a comportamentos inadequados, dentre outros.

Por fim, o terceiro capítulo abordou as representações sobre os desafios enfrentados pelos diabéticos. Neste momento foram analisadas as perspectivas positivas e as consequências do diabetes na vida dos pacientes pesquisados que pode resultar em uma vida saudável mesmo com diversas problemáticas em função do não cumprimento das restrições recomendadas.

O estudo se deu através das entrevistas com os pacientes e profissionais de saúde a fim de analisar as opiniões de usuários e agentes de saúde sobre as terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes. Através do resultado da pesquisa identificou terapias e tratamentos disponíveis para os diabéticos do posto de saúde da estação, a falta de medicamentos, insumos, informação e da ausência do trabalho multidisciplinar essencial para a qualidade de vida dos pacientes.

A conclusão se deu na análise total e visão sobre o tema da monografia.

## **CAPÍTULO I**

### ***1.1 O SUS Brasileiro***

É inegável que embora existam ameaças e retrocessos na saúde ao longo dos tempos houve muitos avanços e por isso é necessário conhecermos e compreendermos como se deu a organização sanitária no Brasil a qual originou o SUS brasileiro.

Segundo Paim (2009), na época do Brasil Colônia a saúde seguia o modelo colonial, praticamente inexistente, pois não havia profissionais no país e aqueles que lidavam com a saúde em Portugal não queriam migrar para cá. Com a vinda da família real para o Brasil no séc. XIX ocorreu uma melhora em relação à saúde no país. Ainda no final do Império a saúde continuava precária e rudimentar e incapaz de atender as demandas existentes. A partir do período da República a responsabilidade pela saúde pública passou a ser atribuída aos estados. As ações direcionadas à saúde passaram a ter um olhar voltado para questão social ou desdobramentos da luta de classe a partir da industrialização no Brasil, entre o final do XIX e início séc. XX, quando os indivíduos começam a cobrar da sociedade e do poder públicas respostas para questões sociais e de saúde.

Segundo Oliveira (2012) com as discussões da Assembleia Nacional Constituinte (1987 e 1988), o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde tomou como base discussão da reforma do setor da saúde. As discussões mais importantes desse relatório foram assumidas pela “Constituição cidadã”, de 1988, dando origem ao SUS.

Consta na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo. Ele segue as mesmas doutrinas e princípios ideológicos de organização em todo Brasil, com seu surgimento a saúde passou a ser “um direito de todos e dever do Estado”. O SUS é baseado em três princípios éticos: universalidade, equidade e integralidade. Esses Princípios foram importantes na luta desenvolvida pelo movimento da Reforma Sanitária em prol da atuação do Estado na saúde.

Está na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 instituiu o SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei é válida em todo o território nacional e regula as ações e serviços de saúde mantidos pelo poder público nas esferas federais, estaduais e municipais aos cidadãos.

Segundo Pinheiro (2014), o SUS brasileiro é interessante, pois focaliza a perspectiva institucionalista em uma política pública construída com grandes desafios e incorpora valores complexos e democráticos sobre a saúde. Valores voltados para temas mais práticos como programas de saúde, trabalho profissional, inovações técnicas, financiamentos, dentre outros e o bem-estar numa ação e atenção filosófica no entendimento teórico e epistemológico sobre os

sentidos da saúde e da doença, sobre os cuidados, as emoções humanas dentre outros, saindo da visão institucional para um entendimento epistêmico da vida.

De acordo Paim (2009), a saúde corresponde a um estado de vida e compõe um setor econômico de produção de bens e serviços. Ela enquanto política pública é um motivo de preocupação para as pessoas necessitam de saúde pública e ganha atenções de governos, comunidades e empresas. Se a falta de saúde é motivo de preocupação para as pessoas que não podem pagar para outras gera grandes lucros econômicos e frente aos governos se apresenta como é questão social <sup>1</sup>que traz transtornos em relação aos gastos públicos.

A saúde é um bem que todos necessitam e para estar bem e gozar de toda vitalidade é necessário tê-la. Cuidar da saúde custa caro, por isso é necessária à intervenção do Estado para garantir este bem gratuitamente para a população. Infelizmente gasta-se mais no cuidado do que na prevenção. No Brasil existe uma inversão nas ordens, não há um foco na prevenção, mas no cuidado. O correto é investir na promoção da saúde e na prevenção para se ter menos casos de doenças e conseqüentemente menos gastos com tratamentos. Está posto na legislação no Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto é dever das autoridades governamentais que a Lei seja cumprida e ou que o setor da saúde cuide dos cidadãos e promova ações de prevenção de doenças, proteção, recuperação e a reabilitação da mesma através de ações individuais ou coletivas.

Ainda que os serviços de saúde sejam muito importantes para assegurar às pessoas e às populações a atenção à saúde, o estado sanitário das comunidades não depende apenas deles (PAIM, p. 16, 2009). Ou seja, os serviços de saúde não são exclusivos na prestação de ações de promoção e proteção da saúde. Ações educativas e de comunicação são importantes para proteção da saúde e prevenção contra doenças, elas também são prestadas por organizações que não estão integradas ao setor de saúde, mas atuam de forma a prevenir a sociedade contra diversas doenças. As escolas, rádios e outras são exemplos de organizações que desempenham ações e um papel de relevo na divulgação e orientação à população de modo geral, incentivando-a a buscar uma melhor condição de saúde.

Segundo Paim (2009), nenhum sistema de saúde no mundo é perfeito, todos apresentam algum tipo de problema. As dificuldades enfrentadas na saúde não são características apenas do Brasil, mas de todo o mundo, neste sentido são necessárias alternativas a fim de minimizar ou solucionar tais adversidades do Sistema Único de Saúde. Por isso a sociedade deve ter um

---

<sup>1</sup> Questão social é o conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade.

olhar crítico em relação às informações que chegam a fim de avaliar o que precisa ser melhorado na saúde do Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, embora seja um modelo muito bom de saúde para a população, enfrenta muitos desafios, e não apenas financeiros. Dentre as dificuldades estão: má gestão de recursos, fraudes, falta de gestão qualificada, corrupção, altos números de mortes, dentre outros. Todos esses fatores interferem negativamente na qualidade dos serviços prestados à população e na desqualificação do SUS.

Em países do continente americano, como o Canadá, inspirado nos modelos de *Welfare State*<sup>2</sup> europeus, ou mesmo em Cuba, o modelo de saúde e da seguridade social<sup>3</sup>, é compreendida como pública, universal e de responsabilidade do Estado; já nos Estados Unidos a saúde é privada e prevalecem os planos de privados de saúde. Neste país, devido à competição pelo lucro, não é ofertada uma saúde universal para a população. No Brasil, cujo modelo também tem por base o europeu, o SUS pode ser considerado uma conquista do povo brasileiro, que embora apresente imperfeições oferta serviços gratuitos aos cidadãos. Esse sistema deve ser aperfeiçoado e valorizado para que os serviços ofertados sejam ampliados e não privatizados como proposto pelo neoliberalismo<sup>4</sup>. Antes da implantação do SUS não havia um sistema de saúde pública no Brasil, só tinha direito aos serviços de saúde aqueles que podiam pagar ou trabalhavam e possuíam carteira de trabalho assinada. Mais tarde sugeriram as Santas Casas (1943) que ofertavam serviços de saúde para quem não podia pagar.

Ao longo dos anos podemos dizer que existiram muitos avanços em relação à saúde pública ofertada no país como, por exemplo, temos cirurgias, tratamentos de altos custos, vacinação, dentre outros. Privatizações na saúde, demora em atendimentos, má gestão, números alarmantes de mortes por falta de atendimento adequado são exemplos que precisam ser reavaliados para que o SUS possa se manter forte e ativo no atendimento aos seus usuários.

---

<sup>2</sup> *Welfare State* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir o bem-estar social, neste caso com uma saúde pública de qualidade.

<sup>3</sup> *Seguridade social* ou *seguro social*, são sistemas de saúde universais destinados a toda população. A *seguridade social* está vinculada à condição de cidadania, e o *seguro Social* ao sistema de proteção social controlado pelo Estado, os serviços são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social, porém as pessoas podem optar por serviços particulares.

<sup>4</sup> Neoliberalismo é a tendência atualmente dominante na ordem econômica internacional, com a defesa do Estado Mínimo, ou seja, os neoliberais combatem a política do Estado de Bem-Estar social, seu surgimento se deu em 1970 com a Crise do Petróleo.

Até hoje se tem dúvidas quanto ao significado e importância do SUS. Porém, devido às dificuldades enfrentadas pelo SUS, esses princípios não estão sendo seguidos como apregoado pelas diretrizes de formação do sistema. O princípio da universalidade está associado à ideia de que a saúde é um direito de todos e deve ser assegurada de forma igual aos cidadãos sem distinção; o princípio da equidade implica na diminuição das desigualdades existentes, reduzindo-se as diferenças evitáveis e injustas, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade, pois todo o indivíduo tem suas particularidades e a integralidades pressupõe atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A saúde é constituída, assim, por um sistema composto por um conjunto de agentes e agências que tem por finalidade garantir saúde de qualidade para a população.

Em 1988, com a Constituição Federal, a saúde brasileira passou a ser Universal e adotou-se o sistema da seguridade social, livre da iniciativa privada. Apesar de o país seguir um caminho diferente do trilhado pelos Estados Unidos, médicos, mídia e as classes média e alta de um modo geral, parecem defender ou preferir o modelo americano. (PAIM, p. 22, 2009). Segundo Paim estes públicos parecem defender ou preferir o modelo privado, influenciados pela cultura americana que parece ser perfeita e a melhor do mundo. Porém, não é apenas isso, pois se a saúde ofertada fosse realmente integral, de qualidade e universal como é posta, ninguém iria preferir pagar por ela. Também como informa o autor é preciso observar cuidadosamente os pontos positivos e negativos da saúde no mundo, a fim de compararmos os avanços na saúde pública brasileira para podermos melhorá-la.

É inegável que embora existam ameaças e retrocessos na saúde ao longo dos tempos houve muitos avanços e por isso é necessário conhecermos e compreendermos como se deu a organização sanitária no Brasil a qual originou o SUS brasileiro. Segundo Paim (2009), na época do Brasil Colônia a saúde seguia o modelo colonial, praticamente inexistente, pois não havia profissionais no país e aqueles que lidavam com a saúde em Portugal não queriam migrar para cá. Com a vinda da família real para o Brasil no séc. XIX ocorreu uma melhora em relação à saúde no país. Ainda no final do Império a saúde continuava precária e rudimentar e incapaz de atender as demandas existentes. A partir do período da República a responsabilidade pela saúde pública passou a ser atribuída aos estados. As ações direcionadas à saúde passaram a ter um olhar voltado para questão social a partir da industrialização no Brasil, entre o final do XIX e início séc. XX, quando os indivíduos começam a cobrar da sociedade e do poder público respostas para questões sociais e de saúde.

Segundo Oliveira (2012) com as discussões da Assembleia Nacional Constituinte (1987 e 1988), o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde tomou como base discussão da reforma do setor da saúde. As discussões mais importantes desse relatório foram assumidas pela “Constituição cidadã”, de 1988, dando origem ao SUS.

De acordo com Paim (2009), Carlos Chagas, Oswaldo Cruz dentre outros foram grandes responsáveis por pesquisas, campanhas sanitárias contra doenças endêmicas e epidemias no país promoveram ações esporádicas voltadas para doenças específicas como, por exemplo, a febre amarela, mas que tiveram grande significado para a saúde brasileira. Até a primeira década do século XX a saúde não era tratada como questão de saúde, mas como questão de polícia e não existia o Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde foi formado a partir da medicina do trabalho, saúde pública e medicina previdenciária a partir da segunda década do século XX. Ao longo dos anos o Sistema de Público de Saúde sofreu modificações e foi aprimorado até chegar ao modelo que conhecemos hoje.

No curso da história as doenças se modificaram e as decorrentes da pobreza, embora não erradicadas, deram espaço às crônicas e degenerativas existentes na atualidade. Houve a redução da mortalidade e natalidade, as pessoas passaram a viver mais e com isso aumentou o envelhecimento da população brasileira.

Segundo Miranda<sup>1</sup>, et al (2016), o envelhecimento populacional fato é importante, pois o país não está preparado para as necessidades geradas pelo envelhecimento da população e tem como desafios adequações da previdências social (como a aprovação da reforma da previdência que ocorreu em 2019), do sistema de saúde, dentre outros. O perfil de morbidade e mortalidade dos idosos exige do sistema único de saúde uma organização contínua e multidisciplinar, pois o quadro de doenças epidemiológicas, incapacitações e sequelas são agravas nesta fase da vida. Infelizmente há uma carência de suporte necessário aos idosos e o Estado não está preparado para assegurar atenção integral a este público.

Ainda segundo Paim (2009), no governo de Juscelino Kubitschek ocorreu o fortalecimento da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública, devido ao setor privado de saúde e à criação da medicina de grupo como a fornecida nas empresas automobilísticas. Conforme Paim, em 1940 o investimento na saúde pública equivalia a cerca de 80% do total aplicado em saúde no país e a assistência individual a 20%, em 1964 essa distribuição seria o contrário.

Com a redução dos recursos da saúde pública ocorreram consequências sérias para o cenário da saúde brasileira, que repercutem até os dias de hoje. Em 1970 ocorreu à diminuição

das condições de saúde da população na rede pública do país e antes de 1975 os investimentos federais na saúde não chegavam a 1%. Justamente quando a economia do país crescia a uma taxa de 10% ao ano, o país enfrentava uma crise na saúde e doenças que nas décadas de 1940 e 1960 diminuiriam, sofreram um novo aumento. Mesmo com o fortalecimento da economia com as empresas automobilísticas ao longo desses períodos não houve o investimento na saúde pública do Brasil. Com a redução dos recursos da saúde pública ocorreram consequências sérias para o cenário da saúde brasileira, que repercutem até os dias de hoje.

De acordo com Paim (2009) a *medicina previdenciária* começou com as caixas de aposentadoria e pensões e foram substituídas por vários IAPs expandindo-se a partir de 1930. Cada categoria de trabalhadores tinha seu instituto: (IAPC) comerciários, (IAPB) bancários, (IAPI) industriários, (IAPM) marítimos, (IPASE) servidores do Estado, (IAPETEC) trabalhadores de transportes e cargas, dentre outros. Todos menos IPASE foram unificados em 1966 ao (INPS) Instituto Nacional de previdência social mais tarde transformado em INSS. Só tinha acesso à assistência médica da previdência social os brasileiros que trabalhasse de carteira assinada, ou seja, quem não possuísse um trabalho formal teria que pagar pelo o atendimento médico e hospitalar ou recorrer às instituições filantrópicas, pois os problemas de saúde e acidentes eram de responsabilidade dos doentes e ou de seus familiares.

Em 1966 como a saúde não era vista como direito do cidadão, tinha acesso à saúde quem estava ligado ao mercado de trabalho, fora isso cabia a quem dela precisasse pagar pelos serviços médicos ou recorrer às instituições filantrópicas para ter os seus problemas ou de seus familiares resolvidos (PAIM, 2009, p. 32).

Infelizmente ao invés de investir em saúde pública, na reestruturação dos serviços de saúde prevaleceu a cultura da compra de serviços médicos hospitalares do setor privado. Uma coisa é certa, a privatização da saúde não é algo novo como muitos pensam, esta política foi intensificada ainda nos governos militares e ampliada na atualidade. A saúde brasileira antes de pública ela foi privada e atualmente ela passa por processo de enfraquecimento que leva a população a crer que a privatização da mesma incentivada pelo Estado é a melhor opção. Triste realidade, pois, a saúde pública que foi conquistada através de lutas populares está sendo sucateada.

A escolha feita de um direcionamento político voltado para o mercado interfere na estrutura do sistema de saúde brasileiro. É muito contraditório, pois o governo federal que deveria defender a saúde pública promove a fragilidade do SUS com incentivos diretos e indiretos para o mercado privado da saúde, ou seja, ao injetar dinheiro no setor privado de saúde o Estado enfraquece o Sistema Único de Saúde.



A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública. (NORONHA, et al, 2013, p. 27).

Segundo Martins<sup>3</sup> (2013), o SUS no Brasil tem sofrido ataques constantes do sistema mercantil e do burocrático e hierárquico. Ele é uma proposta de democratização de governo que não se enquadra nem na lógica tradicional das ações em saúde na República brasileira, nem a mercadológica voltada para o lucro e privatização da saúde pública. Nesta perspectiva, fica muito difícil a reestruturação, fortalecimento e sobrevivência do SUS. Porém, mesmo com reações adversas burocráticas e liberais têm ocorrido avanços fundamentais para que o SUS continue ofertando atendimento de alto custo em hospitais renomados a sua população, tais como cirurgias cardíacas, neurológicas e tratamento contra o câncer. Com vontade política e comprometimento é possível continuar a oferta de saúde pública de qualidade a população brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os Princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando práticas solidárias ente gestores, trabalhadores e usuários. Porém mesmo com PNH todos os dias os brasileiros são acometidos pelas mazelas que afetam o SUS. São tratamentos indevidos a pessoas que necessitam de acolhimento e de respeito no momento de dor e sofrimento. Filas desgastantes, demora de atendimento para realização de consultas, medicamentos que nem sempre são disponibilizados obrigando muitas vezes os pacientes a abandonarem o tratamento por falta de dinheiro para custear os remédios, marcações de exames que em várias oportunidades não acontecem e que em diversos casos demoram em ser realizados. Todos esses entraves contribuem negativamente para a viabilização do SUS, promoção da saúde, tratamento digno e respeitoso para os cidadãos.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto

e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados. (Fórum da Reforma Sanitária, 2006, p.387).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o SUS apresentou avanços e desafios. O Sistema Único de Saúde avançou em relação a projetos, programas e políticas, ao Programa Saúde da Família, de imunização, ao Sistema Nacional de Transplantes e ao Programa de Controle de HIV/AIDS, tudo com o intuito de tornar o atendimento e tratamento dos pacientes o melhor possível. Como não ocorreram apenas avanços, no percurso do SUS houve também problemas referentes a implantações, implementações, financiamento e gestão do sistema, prejudicando o andamento e inviabilizando a sua utilização, fazendo necessário o seu processo de reconstrução.

De acordo com o Ministério da Saúde (1986), ao se criar o Sistema Único de Saúde foi realizado o maior movimento de inclusão social do país. Neste momento ocorreram várias inquietações e o povo continuava oprimido, com um número expressivo de desempregados, dando origem a grande insatisfação popular e à busca de condições superiores de vida.

Segundo Bravo<sup>6</sup> (2001), a saúde na década (80), a discussão sobre as condições de vida dos brasileiros e as propostas governamentais apresentadas para o setor contribuíram para o alcance de benefícios sociais pela sociedade civil. A saúde, a exemplo, assumiu uma dimensão política, vinculada à democracia e deixou de ser de interesse apenas dos técnicos, ou seja, passou a apresentar também interesses sociais enquanto política pública.

As questões sociais vivenciadas no Brasil ao longo dos anos foram firmadas devido às condições precárias de habitação, higiene e saúde. Tiveram como característica a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora de forma desordenada que repercutem até os dias de hoje.

Conforme Bravo (2001), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, foi um fato importante para a discussão da questão da saúde no Brasil, tendo contado com a participação de moradores, associações de profissionais, sindicatos e parlamento, articulados no Movimento pela Reforma Sanitária. Esse momento político de reação da sociedade civil, de luta popular pela democracia e pelo direito à saúde culminou na aprovação das diretrizes e princípios norteadores do SUS: universalização do acesso com equidade, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade. Essas diretrizes subsidiaram os parlamentares da Assembleia Nacional Constituinte e foram incorporados no texto da Constituição de 1988.

## *1.2 Política de saúde e equidade*

Os Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) firmaram-se como indicadores de um conjunto de teorias, noções e diretrizes. Os princípios doutrinários ou ideológicos do SUS, ou seja, a base ideológica desse sistema corresponde, como mencionado, aos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade (Portal Legislação do SUS – PLS, 2013-2019).

As desigualdades em saúde são perceptíveis em vários países e são observadas nos diferentes modelos de sistema de saúde. O grau de desigualdade é distinto e há variações de sociedade para sociedade nos próprios países, ou seja, em um país as desigualdades diferem de uma sociedade para outra, de um território para outro, dentro de uma mesma região, estado e cidade. As conduções das políticas e suas implicações podem interferir ou não nas desigualdades políticas, econômicas e sociais. A redução da equidade e o financiamento dos serviços podem aumentar a possibilidade de atendimento justo e igualitário aos usuários.

A equidade em saúde faz parte do princípio da justiça, onde os fatores injustos devem ser evitados a fim de reduzir ou minimizar as diferenças e oportunizar de modo igual à saúde para os usuários.

Segundo Whitehead (1991) a justiça social deve ser entendida na perspectiva das desigualdades em saúde, ou seja, a autora atribui a justiça para diminuir as desigualdades na saúde. Sendo assim, a justiça social ocorre segundo a determinação da sociedade, dos valores dos sujeitos envolvidos e em momentos distintos. A autora citada trata de uma realidade europeia e não brasileira. Já Viana<sup>8</sup> (2003), numa versão mais atual diz que o conceito de equidade possui modalidades e se aplica a partir do momento ou tempo em que a questão está sendo pensada. Valores e dimensões diferentes podem ser usados para reduzir as disparidades sociais em diferentes momentos em espaços distintos.

A equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existem diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). Starfield 9 (2001, p.53).

A equidade em saúde é o tratamento justo, com respeito à diversidade dos usuários e com ausência de diferenças nos serviços prestados, mas deve atender a ordem de prioridade ou de maior complexidade. O tratamento deve ser justo e não desigual para aqueles que se encontra

em desvantagens para se alcançar a igualdade. Ou seja, atendimento desigual para necessidades desiguais é justiça social.

O debate sobre equidade é importante, pois promove novos rumos para as políticas de saúde, uma vez que os princípios da equidade não garantem de imediato melhores níveis de justiça na implementação de política de saúde. Na formulação das políticas e programas de saúde foi incluída a equidade a fim de garantir o acesso universal aos serviços de saúde aos usuários do SUS. Na formulação das políticas e programas de saúde foi incluída a equidade a fim de garantir o acesso integral aos serviços de saúde aos usuários do SUS.

O sistema de saúde conta com políticas próprias e o princípio da equidade visa alocar os serviços de saúde para que as limitações, as dificuldades e as desigualdades sejam reduzidas no campo da saúde.

A princípio a equidade foi incorporada no plano da formulação das políticas e programas com o propósito de garantir o acesso universal aos serviços de saúde aos usuários do SUS. Infelizmente os princípios ideológicos que guiam a formulação de políticas de saúde não garantem que a mesma resulte na melhor prestação de serviços para os usuários. Porém, é importante a promoção de novos rumos para as políticas de saúde de modo a implementá-las e melhorar os níveis de equidade na saúde.

Para que os serviços sejam ofertados são necessários recursos financeiros, eles são imprescindíveis, embora não definidores da existência da equidade nos serviços prestados aos usuários. Na década de 1990 a saúde, as descentralizações políticas e administrativas foram alteradas, substituídas e apresentaram diferenças importantes. Ocorreram planejamento, programação da assistência, pagamento, execução, controle, avaliação e auditorias de ações e serviços prestados nas unidades públicas e privadas credenciadas ao SUS nos níveis de gestão federal, estadual e municipal. Os recursos federais repassados para os estados e municípios, porém nem sempre são suficientes para que os mesmos possam ofertar os serviços de saúde adequadamente, ou seja, quando o montante é enviado aos estados eles precisam distribuí-los, mas na maioria das vezes não atendem adequadamente as necessidades reais dos municípios. Ocorre então a descentralização na contramão da equidade, ou seja, por conta da descentralização dos recursos municipais a equidade não é alcançada plenamente.

As características do processo de descentralização da política de saúde no Brasil passaram por modificações. Normas e estímulos financeiros, adesão de avaliação e decisão das instâncias de pactuação Inter gestores têm sido questionados. Dentre as críticas está à descentralização do nível federal, que aumenta a vinculação dos recursos para determinada

política ou programa, mas diminui a autonomia dos gestores na elaboração de políticas de saúde mais adequadas às realidades estaduais e municipais.

Novos atores sociais e estratégia de democratização estão associados à descentralização no Brasil, quando ela for de fato implementada, seus benefícios serão percebidos e a injustiça social e o grau de exclusão da sociedade brasileira serão revistos e ou até diminuídos.

De acordo com VIANA (2003), os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), mesmo iguais nas responsabilidades e atribuições perante NOB 01/96 até o final de 2000, são bem diferentes no que se refere a suas condições socioeconômicas e demográficas, a suas capacidades fiscais, a sua trajetória no SUS e as suas disponibilidades de recursos de saúde. Além disso, os recursos federais para custeio da assistência à saúde são condicionados e definidos em nível estadual.

Segundo VIANA (2003), os municípios em GPSM com 100 mil a 500 mil habitantes foram privilegiados na alocação de recursos financeiros, já os municípios menores com população menor que 10 mil habitantes foram designados a receber recursos irrisórios, o que faz com que eles se apresentem como mais dependentes dos auxílios federais. A dependência é menor entre as regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, pois as mesmas alocam em média um percentual de sua receita própria em saúde, diminuindo assim sua dependência. Verificou-se que a oferta ou oportunidade de acesso nas unidades ambulatoriais públicas cadastradas no SUS nos municípios em GPSM foi insignificante, isso quer dizer que embora tenha havido um pequeno aumento na oferta pública a redução da iniquidade na oferta foi mínima nas unidades cadastradas no ano 2000 e que há muito a ser melhorado em relação às ofertas em saúde.

Para Viana (2003) a redução na utilização dos serviços por habitantes nos municípios em GPSM aponta para a manutenção nas diferenças regionais entre 1998 e 2000. A diminuição nas consultas especializadas pode ser explicada devido à implementação do Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, o mesmo foca na prevenção de doenças. Estes municípios têm contribuído para redução nas iniquidades na utilização dos serviços de saúde, ou seja, houve a redução da iniquidade na alocação dos recursos financeiros que resultou em melhor oferta em saúde, porém, essa diminuição não foi suficiente e há um longo caminho para diminuir a iniquidade e melhorar as políticas e ações de saúde no SUS.

Segundo a concepção de Pinheiro (2014), o SUS e sua institucionalização através da Constituição foram um dos maiores avanços do país na luta em busca da justiça e contra a desigualdade social. É inegável que existam problemas relacionados à saúde pública brasileira, porém, o SUS contribuiu consideravelmente para com o direito social e a cidadania nacional.

As pessoas mais pobres são mais vulneráveis em relação às alterações de toda natureza que ameaçam a vida da humanidade, neste contexto o conhecimento científico moderno preconizou o domínio da ciência sobre a natureza, ou seja, os avanços tecnológicos passam a fazer parte da vida cotidiana, porém as camadas mais pobres são mais vulneráveis no que diz respeito ao desenvolvimento e as ameaças da vida. (PNUD, 2007).

### ***1.3 Integralidade e judicialização***

A partir da Reforma Sanitária brasileira foram instituídos os princípios da equidade e universalidade e a integralidade se tornou uma das diretrizes do SUS. Está na Lei 8.080/90 que a saúde torna-se direito de quem dela utiliza e dever do Estado. A saúde, que antes não era gratuita, torna-se direito de quem dela utiliza e dever do Estado. Quando um gestor faz um gasto inesperado com determinado medicamento onera o orçamento, por isso deve haver atenção por parte dos governos, pois diversas inovações têm provocado o aumento anual de custos neste setor. O critério no orçamento é utilizado por vários países, a fim de evitar custos desnecessários. A avaliação deve ser utilizada com rigor na contratação de novos procedimentos, exames, medicamentos e ou terapias, todo esse cuidado objetivo não estourar o orçamento previsto anteriormente, e, em decorrência do alto custo é difícil aderir aos avanços.

A saúde brasileira seleciona procedimentos, medicamentos, autorizações, entre outros definidos por meios de registros de pagamentos do SUS. Mesmo com cuidado na relação esta instituição continua sendo alvo de pagamentos de procedimentos, terapias e medicamentos de alto custo. Algumas solicitações são justificadas por estarem na relação do Ministério da Saúde, porém, há casos de inovações que não constam na relação por serem extremamente caras e por não terem eficácia comprovada.

Alguns países da Europa têm enfrentado este problema, porém o poder público e plano privado não têm obrigações com pagamentos oficialmente não reconhecidos como eficazes e efetivos, por tanto não tem como advogados das famílias ou empresas obrigarem o governo a assumir estes custos. Onde a saúde não é pública prevalece à lógica do capital, nesta perspectiva para que ocorra a cobertura integral deve-se analisar o que consta nos contratos dos planos privados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a integralidade é compreendida como “proposta de abordagem integral ao ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” A integralidade é também percebida como um dos princípios doutrinários do

SUS, vinculados ao conceito ampliado de saúde (CAMPOS, 1994). A integralidade considera a pessoa como um todo e atende a suas necessidades desde o acolhimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Ocorre que no país a integralidade tem gerado grandes demandas judiciais, pois quando um paciente não tem as suas necessidades integrais atendidas pode recorrer à justiça para ter o seu direito garantido por Lei. Como é sabido está na Constituição Federal de 1988 que é dever do Estado oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e é nesta perspectiva que os usuários contam com a ação integral em saúde, associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento, 1994).

Como visto, o processo judicial encontra-se amplamente relacionado a tradições jurídicas constituídas ao longo do tempo, traduzindo-se num complexo de símbolos, narrativas e procedimentos fundamentais para a resolução de conflitos no mundo contemporâneo. O processo judicial encontra-se imerso numa rede de relações sociais que se desenvolvem de forma ritualizada, de modo que a ação dos indivíduos na construção deste objeto deva observar as práticas e regras rituais específicas. (PINHEIRO, et al, 2015, p. 73-74).

Verifica-se que as pessoas na atualidade se utilizam de ações jurídicas para terem seus problemas resolvidos. Esta é uma tendência mundial, e este recurso tem sido bastante utilizado por pacientes e familiares para terem o objetivo de saúde realizado. Por isso cada vez mais indivíduos têm dado entrada em processos judiciais para adquirirem desde medicamentos que não foram disponibilizados até procedimentos e insumos de alto custo, dentre outros.

Segundo Medici (2010) a integralidade gera um fenômeno conhecido como “judicialização”, e a sua ocorrência tem favorecido ao crescimento das demandas judiciais em saúde. Discordo quando o mesmo informa que a integralidade gera demandas judiciais, o que causa as ações judiciais é o não cumprimento do que está estabelecido pela Lei 11.347. Tanto pobres quanto ricos têm o direito de recorrerem da justiça para terem seus direitos efetivados.

Infelizmente a diferença financeira entre pobres e ricos que acessa ao SUS é percebida, pois os pobres, ao contrário dos ricos, não possuem informações suficientes e acesso jurídico contra o Estado para terem cobertura de algum benefício ou ressarcimento judicial que tenha sido negado por gestores públicos. Já os ricos por terem dinheiro para pagar advogados e informação jurídica privilegiada, dão andamento às ações contra o estado e assim têm os seus direitos garantidos por lei. Porém isso não quer dizer que os ricos tiram os direitos dos pobres através das judicializações. As decisões jurídicas para a prestação de benefícios de saúde são

medidas eficazes para parte da população que busca a integralidade na gratuidade do SUS e a correção das deficiências dos planos privados de saúde, essas medidas judiciais precisam ser tomadas para que os direitos não cumpridos sejam efetivados. Em alguns casos, elas exigem tecnologias e produtos farmacêuticos específicos para algumas doenças já contempladas pelo SUS com terapêuticas comprovadamente mais eficazes e menos caras, mesmo assim são necessárias judicializações para os pacientes que não tem suas necessidades atendidas pelo SUS.

Segundo o sanitarista brasileiro Gilson Carvalho (2010) a integridade beneficia produtores e mercadores que utilizam associações de pacientes, corporações médicas, universidade e a mídia para garantirem financiamento público para elaboração de medicamentos e materiais de saúde ainda não testados ou aprovados pelas instancias nacionais. Fica claro que o sanitarista Gilson Carvalho é contra as judicializações em prol da integralidade não adquirida pelos pacientes, o mesmo deveria ser contrário ao descumprimento da Lei 11.347.

Ao assegurar a efetividade do financiamento no orçamento público o Estado tem que priorizar os problemas epidemiológicos, ou seja, deve financiar primeiro os benefícios prioritários, os casos mais urgentes. As prioridades epidemiológicas devem favorecer os casos mais urgentes, porém sem distinção de classe social. A Lei existe e precisa ser cumprida sem a necessidade da judicialização para que ela seja efetivada.

Medici (2010) argumenta sem uma comprovação científica sua hipótese ainda não testada que os grupos de menor renda sejam vítimas da integralidade partida. Sendo assim fica mais claro que os grupos de menor renda não são vítimas da integralidade, mas da Lei que não está sendo cumprida. A Lei precisa ser cumprida independente da renda que determinada classe tenha. Infelizmente ações demandadas contra o SUS ocorrem em função do não cumprimento do estabelecido por Lei.

Minha hipótese, não testada, é a de que os grupos de menor renda, ainda que sejam vítimas da integralidade partida, são os que menos impetram ações contra o SUS. Quando o fazem normalmente suas queixas estão associadas à cobertura de ações que estariam dentro dos procedimentos constantes nas listas implícitas do SUS. Já os grupos de maior renda procurariam demandar o SUS em ações que não estão cobertas dentro das listas implícitas do SUS... (MEDICI André Cezar, 2010, p.83).

Verifica-se que Medici (2010) vê a integralidade como um problema e fica claro também que ele não defende o SUS Universal. Uma coisa é certa, à integralidade é de suma importância para os usuários do SUS independente da classe que possua, sua necessidade deve



ser atendida e a Lei cumprida. Neste caso resta aos gestores do SUS realizarem a integralidade sem a necessidade de recursos judiciais.

Segundo dados da constituição (1988), a saúde é direito da população, é obrigação do estado e, conforme o artigo 196 tem por ênfase os princípios da responsabilidade estatal, gratuidade, universalidade do acesso e integralidade da assistência, nesse sentido, o princípio da integralidade dá direito ao acesso integral à saúde. Em função do não cumprimento da integralidade em saúde há um crescimento de ações judiciais. A justiça concorda e garante o direito para os pacientes que a ela recorre, porém as secretarias estaduais e municipais têm lutado contra a judicialização com a desculpa da diminuição de verbas destinadas para a saúde do SUS como um todo.

Somente no Ministério da Saúde os gastos com ações judiciais que solicitaram a compra de medicamentos aumentaram 20 vezes entre 2005 e 2008, passando de 2,5 milhões de reais para 48 milhões de reais, valor suficiente para realizar 5,2 milhões de consultas pré-natais e 130 mil partos normais num país que ainda sofre com elevadas taxas de mortalidade materna. (MEDICI André Cezar, 2010, p.83).

Medici (2010) cita o aumento dos gastos com a compra de medicamentos, diz que as ações judiciais fazem onerar os custos do SUS e que os valores deixam de realizarem procedimentos necessários como consultas de pré-natais e partos normais. O mesmo só não cita também que a má gestão, a corrupção, dentre outro no Sistema de Saúde causam inúmeras mazelas aos usuários do SUS.

É direito do cidadão recorrer a judicialização para ter a sua integralidade em saúde garantida, porém não é justo que outros cidadãos não tenham direitos a procedimentos e serviços devido à redução no orçamento público. O bom seria se com procedimentos de judicialização não houvesse a redução das verbas destinadas para a viabilização do SUS, nem a diminuição das consultas e procedimentos médicos necessários aos cidadãos que precisam e não podem pagar pelos serviços prestados.

Segundo Medici (2010), a justiça brasileira, afirma que não existe excesso de “judicialização”, alega apenas que dá entrada em ações judiciais junto às secretarias estaduais para regularização efetiva de medicamentos, que nem sempre são disponibilizados para os pacientes. A finalidade da judicialização não é apenas permitir o acesso a novos medicamentos, tratamentos modernos e a novas tecnologias como muitos pensam, ela garante também a regularização do fornecimento de medicamentos que, embora estejam na lista do SUS, não são disponibilizados e, portanto, paciente e associações solicitam leis estaduais para regularizar e tornar mais efetiva essa distribuição.

A integralidade deve ser funcional para a resolução dos problemas de saúde da população brasileira. Neste particular, deve propiciar todos os usos possíveis dos recursos, mas evitar os abusos que normalmente surgem pelo fato de não haver regras explícitas do que deve estar contido no contexto da integralidade. (MEDICI, 2010, p.83).

Segundo MEDICI (2010) definir ou não o que será financiado dentro da saúde integral é uma responsabilidade de qualquer país. Portanto quando é definido o financiamento com responsabilidade o país torna-se preparado para definir suas prioridades em saúde, atende assim demandas prioritárias aos usuários de forma universal, ou seja, igualdade de “saúde para todos”.

O Brasil deve criar revisões sistemáticas, sempre atentas aos melhores resultados e ao melhor orçamento para que cidadãos não deixem de receber um especial tratamento de baixo custo e muito efeito, como o caso das vacinas por exemplo. Antes de contratar qualquer inovação Governo Federal deve ter sua eficácia comprovada e apresentada pelo fabricante, pois como sua utilização é feita por seres humanos, nada mais justo e ético que serem ofertados produtos de qualidade comprovada, com custos menores para abarcar um número maior de pessoas a serem beneficiadas por tais recursos.

Com base nesses critérios, no caso do Brasil, foi construída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de remédios regularmente disponibilizados pelo SUS. Adiciona-se também à lista os medicamentos excepcionais utilizados para o tratamento de doenças raras. Portanto, o Brasil tem elementos suficientes para que a justiça considere quais medicamentos deverão ou não ser financiados pelo sistema público. A justiça deveria tomar isso em conta nas decisões consideradas pelas cortes. (MEDICI, 2010, p.85).

Na opinião de Medici (2010) faz-se necessário que haja um consenso entre a justiça brasileira e o Sistema Único de Saúde a fim de considerar quais os medicamentos e procedimentos que deverão ser financiados pelo sistema público, com vistas a diminuir os cortes das verbas destinadas para a saúde pública, porém verifica-se que há demandas diferentes para os diversos doentes, pois cada ser é único e possui suas diferenças e particularidades, ou seja, um medicamento que serve para um determinado paciente pode não servir para o outro. A judicialização contra o Sistema Único de Saúde deve ser usada sempre que necessário, como por exemplo, no caso dos medicamentos negados aos pacientes pelo SUS.

Na saúde privada predominam os seguros privados e na oferta pública predominam os seguros coletivos financiados com os impostos como da seguridade social, onde prevalece o direito coletivo, ou seja, igualitário para todos. Os seguros privados são mantidos pelas famílias ou empresas, já os seguros coletivos são mantidos através dos impostos pagos pela população e contribuições sociais. Nos contratos privados ou individuais as reclamações são resolvidas

segundo o que consta nos contratos e geralmente o número de reclamações judiciais é menos expressivo e muitas vezes não necessita de ações por acatarem o que conta nos contratos. Já nos contratos coletivos são cobertos os benefícios que constam na lista do SUS, ou seja, são disponibilizados os que constam nos recursos e negados os que não estão. Porém, há também situações que mesmo os que estão autorizados são negados. Mesmo em países ricos e desenvolvidos há financiamento limitado para os direitos fundamentais e existenciais da população. É necessário que o estado possua reserva financeira a manutenção dos direitos sociais e universais da sociedade.

O direito universal a saúde depende da real disponibilidade de auxílio e da resolução de ações judiciais. Estas não podem ser vista como medidas que impedem o recebimento de direitos estabelecidos na lista do SUS tais como: procedimentos, exames, medicamentos ou próteses e materiais. Quando isso ocorre verifica-se ideologia perversa que tenta boicotar e influenciar a sociedade contra a Universalidade Pública.

Dizer que os direitos individuais não podem se sobrepor ou prevalecer sobre os direitos coletivos, em sociedades em desenvolvimento, como é o caso do Brasil é uma lógica perversa, pois quem não utilizar os recursos necessários e lutar pelos seus direitos através uma ação jurídica não vai adquirir seu medicamento e brigar pela vida, ou seja, continuar a viver.

Sem dúvida nenhuma há inúmeros desafios relacionados à política de saúde no Brasil. As pessoas com Diabetes Mellitus (DM) assim como os demais doentes precisam continuar a luta pelo direito da integralidade, infelizmente as políticas públicas existentes ainda não foram capazes de torná-las pessoas emancipadas e autônomas em relação à busca pelos seus direitos.

A integralidade envolve o “reconhecimento explícito da saúde como aspecto multidimensional da vida humana, que abre espaço para a legitimação de novas práticas”. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 105).

Infelizmente diante das ameaças da vida humana e dos avanços tecnológicos os pobres são os mais afetados, pois não dispõem de recursos financeiros para enfrentarem as novas condições impostas pelo desenvolvimento da vida moderna. Fica bem mais fácil para as classes mais abastadas lidarem com as ameaças e com os avanços da vida cotidiana.

Segundo Mattos (2009) atribuídos à integralidade estão: características das políticas ou respostas governamentais aos problemas de saúde; organização dos serviços de saúde e atributos das práticas de saúde. Neste sentido são apresentadas as respostas governamentais dadas à população em relação à saúde ou as formas de políticas e como estão organizadas a prestação e as práticas dos serviços de saúde, na atribuição da integralidade.

Embora existam inúmeras tentativas de destruir a verdadeira finalidade da integralidade fica claro na Seção II, Art. 198. Diretriz II. Atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais, ou seja, deve haver o atendimento integral a quem precisar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Porém, esta definição é incompatível com a realidade, onde se preconiza o modelo de saúde privada e há o desmonte do SUS. Sendo assim muitas pessoas se encontram fora do padrão perfeito e irreal de saúde definido pela OMS. Não há um modelo perfeito nem de bem-estar físico, nem mental e muito menos social. (GUIDONI, 2009, p. 45).

Considerando que a saúde é essencial a vida do homem, esse direito, segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), está relacionado e depende de direitos como à alimentação, moradia, educação, dignidade humana, vida, igualdade, dentre outros. Como pode ser percebido, o direito à saúde, conforme a DUDH, é negligenciado aqui no Brasil.

Segundo Guidoni (2009) atualmente há uma grande demanda a ser atendida de procedimentos que não estão sendo atendidos. Tais necessidades estão sendo reduzidas e não são hierarquizadas. No entanto, a pessoa com diabetes deve ter atendimento integral sempre e em qualquer situação. Atenção básica sendo a de baixa complexidade, não é menos importante que as demais. Nela o usuário deve ser atendido devidamente para que não seja necessária atenção mais complexa.

Foi preconizada a meta de saúde para todos no ano 2000, os cuidados de saúde e questão de saúde como direito fundamental do homem, garantido pelas responsabilidades sanitárias dos governos foi estabelecido desde a Declaração de Alma-Ata (Brasil, 2007, p. 56), como citado anteriormente.

Integralidade traduz a ideia de atenção, não dicotomizada, mas, integral, em relação ao conjunto de indivíduos (todos e cada um), às características das práticas (preventiva e curativa) e aos níveis de complexidade do sistema. (PEREIRA, 2009, p. 64).

A integralidade é algo extremamente importante para o cidadão que utiliza o Sistema Único de Saúde, pois através da aplicação deste princípio o usuário tem acesso integral à saúde. Com o processo de judicialização a classe economicamente desfavorecida deixa de ter acesso a serviços essenciais como consultas e procedimentos de forma integral. É necessária que a integralidade ocorra sem a necessidade de nenhum

tipo de ação, ela deve atender de forma igual a pobre e rico independente de classe econômica como é citado por alguns autores.

#### ***1.4 Os Usuários Com Diabetes Mellitus E A Efetivação Dos Seus Direitos***

Pela Lei 11.347/06, a pessoa com diabetes tem o direito assegurado de receber gratuitamente medicamentos, seringas, tiras reagentes de medir a glicemia capilar, lancetas para a punção digital. Dentre essas ações há possível conscientização da importância de medir e controlar a glicose e o atendimento rápido e integral no SUS aos diabéticos. A lei existe, porém, em muitos casos não é cumprida e os pacientes não têm os seus direitos garantidos e ficam desassistidos com o tratamento comprometido. Logo, o ideal seria que todos recebessem o kit de monitoramento da glicemia capilar para realiza-lo em casa, pois o controle deve ser diário e fica difícil o monitoramento nas unidades de saúde todos os dias. Ficaria a obrigatoriedade de exames nas unidades só em casos urgência, emergência ou em estados graves. Desta forma o controle teria mais qualidade e os descontroles com a glicemia seriam identificados mais precocemente evitando situações mais graves como casos para internamentos.

As campanhas de conscientização quanto ao diabetes ainda não existem de forma maciça e as leis existentes não são cumpridas efetivamente como deveriam. Tais fatores prejudicam muito a vida dos usuários do Sistema Único de Saúde, visto que o diabetes é uma doença silenciosa que atinge a muitas pessoas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes, sendo que sua incidência cresceu 61,8% entre 2006 e 2016. Segundo o Ministério da Saúde muitas mortes hoje no Brasil são por causa do diabetes, sendo a terceira causa de morte, além de provocar a hipertensão e AVC.

É sabido que a população tem direito a saúde, porém, as políticas públicas não são efetivadas como se deve. Quando esse direito não é efetivado e é negado aos usuários do SUS, os mesmos precisam buscar amparo judicial para que lei seja cumprida. Para que o direito a saúde seja efetivado é necessário à participação popular e para que esta participação ocorra são necessárias políticas públicas. Porém, na atual conjuntura, no cenário político atual a população tem evidenciado o desmonte das políticas sociais e públicas e, portanto, muitos direitos estão ameaçados e deixam de existir.

Segundo MS (2006), o SUS atende uma grande demanda médica e hospitalar e a política de controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ainda é considerada insipiente. Mesmo com avanços significativos em relação a tecnologias, tais como cirurgias,

transplantes de órgãos, formas de tratamentos e equipamentos, exames laboratoriais e novos medicamentos, os profissionais da saúde não são unidos e isso provoca o distanciamento e a desumanização entre eles e seus pacientes.

Para Campos (1992) os atendimentos aos pacientes estão organizados e são incorporados segundo a atenção primária, secundária e terciária, sendo assim a integralidade refere-se à garantia do acesso do indivíduo nos diversos níveis de atenção. O modelo atual visa melhorar as formas de tratamento dos indivíduos através de ações preventiva e coletiva, porém, mesmo com mudanças, a DM não diminuiu, aumenta sua incidência e os custos econômico e social. Neste tocante, se faz necessária à implementação de medidas para retardar e diminuir os agravos da doença. O atendimento integral é extremamente importante para os usuários, pois aumenta a relação de confiança entre os profissionais e os usuários em todos os níveis de atenção. O cuidado deve ser humanizado e realizado por todos de forma a que as pessoas com DM se sintam mais acolhidas.

Segundo Guidoni et al. (2009), o tratamento e os cuidados com os diabéticos não são simples, por isso requerem orientação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos educadores físicos e farmacêuticos. Para que o tratamento das pessoas com diabetes tenha êxito não basta apenas o abastecimento de medicamentos. É necessário que governos e dirigentes ofereçam serviços públicos de qualidade.

A atenção básica é voltada para promoção da saúde do indivíduo e para prevenção de possíveis agravos, além de promover ações de caráter individual ou coletivo, tratar e reabilitar problemas de saúde e desconstruir a dimensão conservadora. Sendo assim ocorre a superação da doença como centro da assistência, mas, para tanto, é necessária uma nova racionalidade da atenção à saúde, onde o direito a saúde amplia as possibilidades de emancipação do indivíduo e conseqüentemente da cidadania. Caso não siga todas as recomendações à pessoa com diabetes mellitus está longe de ter uma vida normal e preconceitos e estigmas podem fazer parte do seu dia a dia.

O mau controle metabólico do diabetes mellitus leva o indivíduo a ter complicações e para controlá-las são necessários custos elevados do próprio doente, da família e do Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva são estabelecidas políticas públicas que minimizem o aparecimento e o agravamento da doença e redução dos custos com o aumento de detecção precoce de complicações agudas e crônicas do diabetes.

Segundo a pesquisadora Leão (2017), há equívocos em relação à prioridade do medicamento ao invés da prevenção. Para ela deveria ter prioridade a prevenção, cuidado e o

controle do DM, já o tratamento medicamentoso deveria ser feito quando dieta e exercício físicos não surtiram o efeito esperado. O que a pesquisadora nos mostra é justamente o que é proposto no ESF, ou seja, foco na prevenção, no cuidado e no controle de doenças de forma geral no contexto familiar.

Conforme Santos. et al. (2011), em 29 de setembro de 2007, passou a vigorar a Lei Federal 11.347/06, que legalizou a distribuição gratuita de medicamentos e insumos para os diabéticos inscritos em programa de educação em saúde. Porém, para que esses direitos sejam cumpridos é necessário que os profissionais de saúde divulguem informação objetivando torná-las conhecidas pela população. Defender os direitos dos usuários é das diretrizes do Humaniza SUS, a Política Nacional de Humanização PNH 2002 estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários de forma humanizada.

Tendo em vista a necessidade de redirecionamento da prática assistencial, uma linguagem discutida pela Bioética é a de que o exercício dos direitos, pelos usuários, deve visar o alcance da humanização dos serviços de saúde, além de garantir a cidadania em saúde. A Bioética propõe questões acerca da humanização e da personalização dos serviços de saúde, bem como a promoção dos direitos do paciente. (SANTOS. et al. 2011, p. 262).

É evidente que os profissionais em saúde têm responsabilidade direta com a incorporação de uma postura ética e reflexiva no processo de informação necessário para a comunicação com os diabéticos que utilizam o SUS. Uma comunicação precisa, esclarecedora e humanizada que promova a reflexão sobre os direitos dos indivíduos e garanta a cidadania em saúde e que fortaleça a confiança entre pacientes e os profissionais de saúde são princípios propostos pela PNH. O conhecimento dos direitos dos usuários é importante tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, pois desenvolve a consciência da democracia e reflexão do cidadão, por isso conhecer é extremamente importante para a diminuição de entraves na busca pela cidadania.

O Modelo Bioético Princípiolista é baseado em quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio de autonomia refere-se à capacidade que a pessoa possui em autogovernar-se, de possuir liberdade de escolha e de agir em conformidade com sua própria vontade. Já a benevolência está relacionada ao comportamento ético de fazer o bem, visando à promoção do bem-estar das pessoas. A não maleficência diz respeito à necessidade de prevenir possíveis danos às pessoas, resumindo-se a não fazer o mal. (SANTOS. et al. 2011, p.262).

Na atualidade há no mercado uma infinidade de remédios e insumos para as pessoas com diabetes mellitus. Leis e portarias foram criadas e a legislação, porém nem sempre se

mostra ativa, eficaz e eticamente correta, desta forma a participação social e o pleno exercício da cidadania não é vivenciado pelos diabéticos que precisam exercer os direitos com autonomia. Quando o direito ocorre plenamente há disseminação de informações sobre os serviços de saúde a outros pacientes.

Verifica-se na maioria das vezes que muitas pessoas com diabetes não fazem uso regular dos medicamentos orais, nem de insulina. Quanto ao recebimento de medicamento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou farmácias populares. As Farmácias Populares na atual conjuntura política tiveram seu número diminuído consideravelmente. Com esta ação muitos diabéticos deixaram de ter acesso aos medicamentos disponibilizados nestas unidades. Já a monitorização da glicemia e a participação de programa educativo também não são efetivados pela grande maioria dos portadores da enfermidade. Percebe-se que a informação é indispensável para o processo de construção da cidadania, efetivação dos direitos e continuação da vida da pessoa com DM. É configurada a importância do poder público e dos profissionais de saúde na divulgação das informações para esse público. Nesta perspectiva informar garantir a participação ou inserção de uma saúde inclusiva aos usuários, é um dever ético-moral.

Quando há o alargamento do direito à informação conseqüentemente há o aumento do exercício da cidadania. Nas sociedades modernas, globalizadas e democráticas os direitos estão relacionados com a informação, ou seja, para a garantia de direitos é necessária informação. Por isso no contexto de saúde, é dever do Estado garantir o direito de informação à população, ou seja, promover a cidadania a todos os cidadãos. Como a saúde é um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988, cabe ao Estado garantir aos cidadãos informações sobre o SUS e sobre o processo de saúde-doença que permita aos mesmos assumir condutas proativas, autônomas e cidadãs em relação aos seus direitos. A informação em saúde deve ser igualitária para todos, não só para os mais favorecidos. É de suma importância e o papel da Estratégia de Saúde da Família – ESF no processo de saúde-doença dos cidadãos.

Partindo dos princípios da Bioética as pessoas podem tomar suas decisões e agir em relação a sua vida, saúde e relações sociais de forma autônoma, consciente em relação a suas escolhas. Infelizmente a informação por si só não resulta no pleno exercício dos direitos dos usuários com diabetes. Neste caso é necessário que o Estado promova condições favoráveis de benefícios aos mesmos, de forma justa e equitativa para todos. Quando aos medicamentos e insumos não são disponibilizados segundo a integralidade do SUS, os pacientes com diabetes têm suas dificuldades aumentadas, pois são implicados custos extras e nem sempre os doentes possuem condições para comprá-los, sendo assim, há o transtorno para consegui-los



gratuitamente em outras Unidades de Saúde ou ficar sem a garantia dos mesmos. A assistência farmacêutica e terapêutica é um direito dos usuários que devem ser atendidos pelo poder público de forma integral e universal e informados pelos profissionais da saúde.

O conhecimento dos direitos dos usuários é essencial para o desenvolvimento de uma consciência democrática, responsável e reflexiva do cidadão, tanto no papel de usuário quanto no de profissional de saúde. (SANTOS, et al. 2011, p. 266).

Segundo Santos<sup>1</sup> (2011) as informações sobre os direitos legais e as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde ou pela equipe multiprofissional devem ter sentido transformador, clareza e serem verdadeiras, porém, verifica-se que informações básicas são desconhecidas pelos usuários diabéticos, pois não recebem a assistência necessária. Em virtude da falta de informações precisas percebe-se a carência de compromisso profissional em muitas unidades de saúde em relação aos pacientes. Porém quando um paciente se sente desrespeitado por profissionais maldosos e desrespeitosos têm o direito de reclamar contra a conduta indevida, porém muitos não o fazem, pois não sabem a quem reclamar quando não são bem atendidos ou destratados (dados da pesquisa SANTOS<sup>1</sup>, 2011). Para que ocorra um atendimento humanizado os profissionais da saúde devem ter uma postura de cuidado e respeito em relação a seus pacientes.

Como informa Pinheiro et al. (2014) o “Acolhimento Institucional e Assistencial” deve ser realizado de forma responsável, como é determinado pelo Humaniza SUS. É direito de o cidadão ser acolhido de forma responsável e cuidadosa por todos os profissionais da saúde, em todo momento em que o paciente se encontrar na unidade hospitalar, porém, muitos funcionários da saúde acham que o acolhimento é restrito apenas à triagem ou ao bom tratamento ao paciente, sem cumprimento de um dever.

Segundo a Lei 8.142/90 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Na busca por informação nos serviços de saúde os pacientes ampliam os seus conhecimentos e conseqüentemente efetivam os seus direitos, ou seja, os usuários têm responsabilidades em adquirirem informações sobre saúde. É preciso ter interesse para buscar dados e fazer valer os seus direitos. As pessoas precisam buscar e ter voz ativa para obter seus direitos, serem imponderadas e reclamar quando necessário. Há situações que as pessoas sabem que têm direitos, porém, não sabem como obtê-los e acabam impotentes diante das adversidades

encontradas, nesta situação os pacientes ficam completamente frustrados por não conseguirem resolver suas demandas.

A Lei 13.460 de 26/06/2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.

Segundo Santos<sup>1</sup> et al (2011) desde de 09 de junho de 2003 há uma Ouvidoria Geral do SUS, porém a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde desconhece esta ferramenta de controle social. Ela é uma arma poderosa, pois pode articular os usuários da saúde e a gestão pública, para solucionar problema, além de assegurar informação aos cidadãos sobre o direito, saúde e como exercer sua cidadania. Através deste instrumento também podem ser realizadas solicitações, reclamações, denúncias, dentre outros, de modo a obter mais eficiência e empenhos sobre as questões da saúde. Para melhor desfrutar dos seus direitos é preciso ter conhecimento e conseqüentemente saber dialogar, ou seja, buscar o efetivo exercício do direito.

Segundo Santos<sup>1</sup> (2011) por meio do Decreto 4.726 de 09/06/2003 foi criada Ouvidoria Geral do SUS, uma ferramenta Federal que tem por finalidade servir de canal de articulação entre o usuário e a gestão pública da saúde, e assegurar aos cidadãos o acesso a informações sobre o direito a saúde e de como exercer este direito.

O ideal para o alcance de informação e direito é o paciente diabético ter participação autônoma e consciente sobre os seus direitos enquanto usuários do SUS. É importante que se discuta sobre a participação ativa e consciente na tomada de decisões por parte dos profissionais para uma assistência de qualidade aos usuários da saúde. Na busca pela efetivação dos direitos são necessárias mudanças efetivas tanto por parte dos usuários com DM, como pelos profissionais da saúde, pois a existência da lei nem sempre configura a efetivação dos direitos dos usuários com DM.

### ***1.5 Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus***

Segundo Santos et al. (2011) os números de internados no Brasil entre 1999 e 2001 em diferentes regiões por DM foi muito elevado. Em função das diversas internações os custos da saúde aumentaram consideravelmente, estes aumentos estão relacionados aos internamentos ocorridos em função das complicações decorrentes da doença que muitas vezes demandam procedimentos complexos e caros para o Sistema Único de Saúde. Em função desta realidade é necessário que lideranças do governo, gestores e profissionais de saúde se unam para a criação

de mecanismos com vistas a reduzir o aparecimento e agravamento da doença. Consequentemente quando os diabéticos tiverem uma atenção maior por parte dos gestores, profissionais da saúde, insumos e medicamentos adequados para controle da doença, os custos com a saúde serão minimizados. Atenção de qualidade, racionalização dos custos e políticas públicas podem tornar mais eficaz a saúde no Brasil.

Os direitos das pessoas com DM são, portanto, normas e procedimentos legais que beneficiam estes pacientes. Conhecer tais políticas e as barreiras que impedem a efetivação destes direitos é extremamente importante para que os pacientes diabéticos tenham proteção necessária e seus direitos respeitados, assim como os demais usuários do SUS. As políticas públicas são, sem dúvida, capazes de diminuir demandas originadas das doenças crônicas sem aumentar os custos em saúde, ou seja, elas não aumentam custos com a saúde como muitos pensam, pelo contrário, reduzem consideravelmente os gastos no âmbito do SUS.

De acordo com Santos et al. (2011), há cidades que anteciparam os benefícios aos usuários em relação a lei Federal de 2007, porém, mesmo com a lei nem sempre são disponibilizados todos os insumos e medicamentos necessários e gratuitamente para os diabéticos. Infelizmente há cidades brasileiras em que, mesmo os insumos e medicamento para o tratamento do diabetes sendo garantidos por lei, até o momento só disponibilizam alguns remédios, lancetas e as fitas reagentes, não disponibilizando gratuitamente o glicosímetro e lancetador. Sem dúvida, a não distribuição de todos os insumos prejudica consideravelmente o tratamento da pessoa com diabetes. Muitas doentes, por falta de condições financeira, acabam não comprando todos os insumos necessários e consequentemente têm complicações.

Conforme Santos et al. (2011) foi criado um plano de atenção aos hipertensos e diabéticos que tinha como proposta diminuir as internações, aposentadorias precoces, gastos decorrentes de complicações crônicas e mortes cardiovasculares e consequentemente melhorar a qualidade de vida da população. Além dessa medida, em 29 de setembro de 2007 entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06 baseada na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Após esta lei basta o paciente efetuar um cadastro na unidade de saúde do seu bairro e nos programas de educação em diabetes como o hiperdia e tratar adequadamente o seu problema e receber medicamentos gratuitos, materiais para monitorar a glicemia capilar e para a aplicação de insulina. Infelizmente a monitoração glicêmica ainda não atinge a todos os diabéticos, por conta do fator econômico que inviabiliza o fornecimento de glicosímetros e demais materiais para

todos os diabéticos. Mesmo com a implementação do SUS em 1990 pela Reforma Sanitária<sup>5</sup>, a regulamentação de medicamento gratuito para diabéticos só ocorreu em 2007, demonstrando dificuldades para efetivação dos princípios e diretrizes que foram preconizados na implantação do SUS.

É evidente que houve avanços em relação a leis e normas que asseguram os direitos dos usuários, porém, faltam mecanismos que gerem responsabilização dos gestores e profissionais da saúde na conscientização da sociedade sobre seus direitos. Ao levar em consideração a precarização do trabalho temporário na maioria das cidades brasileiras, é notado que embora esses profissionais tenham um compromisso ético político para com os usuários a informação torna-se também restrita em consequência da não adequação dos trabalhos ofertados pelos gestores. Muitos profissionais de saúde têm medo de prestarem informações emancipadoras aos pacientes e perderem seus empregos, a culpa pela não informação suficiente certamente não é desses profissionais, mas do Estado que não está ofertando condições adequadas de trabalho aos mesmos e a transmissão necessária de informações.

Existem barreiras e deficiências na atenção a pessoa com diabetes mellitus, ou seja, a lei existe, porém, não há garantia da efetivação regular e equitativa dos insumos necessários para o tratamento dos pacientes. Em função do não cumprimento da lei há um crescimento das ações jurídicas por usuários contra o Estado e as secretarias municipais ou estaduais para terem os recebimentos dos medicamentos e insumos necessários para seus tratamentos. O Estado afirma que há um exagero quanto aos números de ações judiciais, em relação a medicamentos que não constam na lista do Ministério da Saúde, porém sabemos que não é exagero como é dito, mas exercício da cidadania em busca do direito não adquirido. Segundo o Ministério da Saúde São Paulo é o estado que mais dá entrada em ações judiciais para recebimentos de medicamentos. O ideal é que nenhum estado Brasil precisasse recorrer a judicializações para terem o fornecimento de medicamentos.

Dados do Ministério da Saúde apontam que, no Estado de São Paulo, as determinações judiciais para fornecimento de medicamentos e específicos passaram de 80 para 600 solicitações mensais, perfazendo um aumento de 650% no intervalo de seis anos. (SANTOS, et al. 2011, p. 955).

A responsabilidade de formar profissionais qualificados que transmitam aos pacientes mais confianças e informações precisas sobre as diversas situações no processo de saúde-doença e que respeitem os princípios da ética, do direito e da autonomia dos usuários é do

---

<sup>5</sup> A Reforma Sanitária foi um movimento, um conjunto de ideias, lutas políticas para mudanças e transformações necessárias nos setores da saúde.

Estado e não dos próprios funcionários e usuários da saúde. Para que os indivíduos tenham consciência crítica e democrática sobre os seus direitos é necessário conhecimento. O conhecimento é essencial tanto para o usuário, quanto para o profissional de saúde. É necessário que os usuários tenham consciência reflexiva e acesso aos seus direitos é preciso conhecê-los previamente para posteriormente poder efetivá-los da melhor forma possível tornando-se indivíduos autônomos e livres para fazer suas escolhas.

Portanto, quando os cidadãos têm seus direitos em saúde alcançados de maneira humanizada eles são valorizados pelos gestores e trabalhadores na promoção da saúde recebem um serviço de qualidade e garantem assim a cidadania em saúde, ou seja, os seus direitos. Nesta perspectiva é necessária mobilização social, de gestores e profissionais em saúde comprometidos com a promoção da cidadania garantindo qualidade nos serviços prestados aos usuários do SUS como preconizado pelo Humaniza SUS.

Embora tenha havido conquistas em relação à legislação, os diabéticos exercem muito pouco aos seus direitos de acesso à saúde e dessa forma deixam de exercer a cidadania tão almejada. Sendo assim, não basta ter lei de distribuição de medicamentos e insumos, ela precisa ser cumprida e efetivada para que os usuários diabéticos tenham seus direitos necessários garantidos e exerçam a sua condição de cidadãos.

As ações em saúde precisam ter sentido transformador na garantia de acesso às informações sobre direitos legais e a existência de tecnologias disponíveis, não devendo existir a restrição aos insumos e sim o acesso justo e equitativo. Um bom acolhimento é extremamente importante para a pessoa diabética, informações precisas ajudam muito no trato com a doença e reforça os vínculos de confiança entre os pacientes e os profissionais de saúde já sua deficiência prejudica o manejo da enfermidade.

Segundo pesquisas realizadas nos Estados Unidos confirmaram-se ocorrências éticas na atenção básica que configuram preocupações ligadas à prática clínica de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. No cotidiano dos serviços de saúde é comum a falta de preparo dos profissionais de saúde, o trato desrespeitoso e a informação inadequada dispensada aos usuários. (SANTOS, 2011, p. 955).

Em síntese, os direitos dos usuários são legítimos e devem ser respeitados no contexto da saúde por Lei e pelo Estado. Ressalta-se, assim, mais uma vez a importância das políticas de atenção aos usuários de saúde, que as mesmas sejam implementadas, e que as informações sejam divulgadas pelos profissionais de saúde e incorporadas pelos usuários diabéticos. A equipe multiprofissional deve ser a ponte de acesso entre os usuários e ao novo modelo de

saúde, sendo necessário educar os pacientes acerca da doença, seu tratamento e seus direitos de cidadãos conscientes. É preciso dimensão ética-política nas ações educativas com os usuários, neste contexto é também fundamental as mudanças de paradigmas. Portanto, respeitando os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS, os profissionais de saúde devem criar um ambiente adequado e humanizado, além de terem uma postura proativa, reflexiva e ética na comunicação com os diabéticos.

## **CAPÍTULO II**

### ***2.1 Diabetes No Mundo, Brasil E Na Bahia***

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) o mundo tem em torno de 422 milhões de adultos com diabetes. Cerca de 90% dos diabéticos têm o tipo 2 da doença, ou seja, mais de 370 milhões de pessoas possuem esse tipo de diabetes no mundo. A OMS aponta 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes e a doença cresceu 61,8% nos últimos dez anos. O Brasil ocupa o 4º lugar dos países com maior número de casos do diabetes, fica atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos.

Segundo o Ministério da Saúde o diabetes já matou entre 2010 e 2016 um total de 32,4 mil pessoas em toda a Bahia. A Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), “o agravamento da doença e a eventual necessidade de amputação é reflexo da dificuldade de acesso da população a um posto de saúde e ao tratamento”. Ainda segundo a SESAB entre 2010 e 2017 foram realizadas 5.754 cirurgias de amputações de membros em todo estado decorrentes do diabetes.

Como o número de mortes e amputações causadas pelo diabetes na poluição da Bahia enormes cabe às autoridades de saúde e Governos Federal e estadual aumentar a informação, educação e o acesso da população aos serviços de saúde e ao tratamento da doença.

Em função dos números são alarmantes em todo mundo cabe à população mundial adotar hábitos de vida mais saudáveis para evitar uma epidemia mundial de diabetes. O governo do Brasil assim com o da China, Índia e Estados Unidos têm papel importante na divulgação de informação e educação da população para evitar novos casos.

### ***2.2 O sistema público e o apoio à pessoa com DM***

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que exige cuidados permanentes para seu controle. Por conta disso são necessárias ações de apoio do sistema público de saúde. Segundo o Senado Notícias (2019), foi criada a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Saúde da Pessoa Diabética a ser adotado pelo SUS. O texto prevê atendimento rápido e integral aos diabéticos no SUS e campanhas de conscientização sobre o controle da glicemia.

De acordo com a política devem ser fornecidos gratuitamente medicamentos, glicosímetro, lancetador, fitas reagentes e lancetas para usuários de insulina. As ações mais efetivas para o público diabéticos são a distribuição de insumos e medicamentos, porém elas não são suficientes para atenderem a condição crônica desses pacientes. Seriam necessárias ações mais voltadas para a pessoa com DM e atividades com grupos de convivência. Muitos ESF não possuem grupos de convivência, o atendimento multidisciplinar ajudaria efetivamente no convívio com a doença e na melhor qualidade de vida do diabético. As atividades multidisciplinares não são aplicadas em todos os postos de saúde e isso gera perda para a pessoa com DM. Quando um paciente é acompanhado por uma equipe multidisciplinar ele fica mais atualizado sobre sua condição de saúde, tende a ser mais disciplinado quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento, pois será informado por médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas, dentre outros sobre a melhor forma de cuidado e autocuidado. Quando ações educativas são utilizadas pelo diabético e sua família as ações e metodologia do monitoramento e controle glicêmico tendem a serem mais efetivas.

Através da assistência multidisciplinar o médico coordena a assistência multidisciplinar, com o acompanhamento clínico do paciente. Os pacientes, familiares são orientados pela equipe assistencial sobre tratamento, metas glicêmicas e seu controle. São determinados os tratamentos medicamentosos, a prevenção e tratamento da hipoglicemia de complicações crônicas, aplicação do plano educacional de alta do paciente, é realizada também a transição do esquema de insulina endovenoso para o subcutâneo e ajuste diário nas doses de insulinoterapia, a educação nutricional também é muito importante para promoção e manutenção de sua saúde e qualidade de vida. Onde não é realizado um trabalho multidisciplinar os pacientes e suas famílias tendem a ter menos qualidade de vida, pois falta um acompanhamento especializado.

Infelizmente as políticas de apoio aos diabéticos mais efetivas são o fornecimento de medicamentos, insumos e exames de glicemia capilar nas unidades de saúde, porém, os mesmos enfrentam barreiras que impedem a consolidação dos direitos da pessoa com DM.

### *2.3 Os diabéticos e suas representações sociais*

O diabetes é responsável por várias complicações orgânicas que podem desencadear amputações nos pacientes. Quando o doente possui sua integridade física perfeita costuma não ter cuidados necessários com sua saúde, corpo e em especial com os membros inferiores, a falta de zelo com estas partes pode originar o chamado pé diabético, a falta de cuidados com si implica em possíveis amputações. A amputação é uma experiência traumática que deixa o paciente emocionalmente abalado, triste e com dúvidas em relação ao seu corpo que sofreu alterações.

Segundo Silva et al. (2010), amputação é uma cirurgia ortopédica que tem como objetivo reduzir a morbidade e melhorar o funcionamento do organismo doente e possibilitar melhor qualidade de vida ao paciente, quando não realizada pode comprometer a sobrevivência do doente em relação a doença ou ao trauma que ele tenha adquirido.

Para a pessoa amputada, a amputação é vista negativamente, é encarada como mutiladoras modificadoras da vida, da autoestima e altera a imagem do corpo bonito e perfeito que a sociedade busca. É um tratamento radical realizado em função das complicações do pé diabético, mas torna-se necessária a vida do paciente, porém, a perda da parte amputada, altera a imagem do corpo e dos hábitos de vida.

De acordo com Silva et al. (2010), vivemos em uma sociedade capitalista onde a imagem do belo, perfeito e produtivo são priorizados. Assim quando o diabético passa a ser amputado pode sofrer estigmas sociais e passa a ser visto como feio, inútil e improdutivo. As representações sociais possibilitam o conhecimento psicossocial sobre o qual o paciente amputado é submetido após a cirurgia e aos cuidados realizados. Os grupos sociais possuem ideias, imagens, concepções e visões de mundo que constituem as representações sociais.

Ainda segundo Silva et al. (2010), as representações sociais procuram entender a relação indivíduo-sociedade, como esses sujeitos sociais constroem seus conhecimentos a partir de sua “inscrição” sócio cultural e como a sociedade conhece e constrói esses conhecimentos com indivíduos, ou seja, como interagem sujeitos e sociedade na construção da realidade.

As representações sociais são percebidas como entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através da fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano. (SILVA, et al, 2010, p. 405).

Corpo saudável, trabalho, amputado, limitado e relação de cuidado para consigo são categorias sociais representativas corporais. A expressão viver bem está vinculada a ter um corpo completo, saudável e sem amputações. Nesta condição o corpo possui saúde e está apto



a viver bem e sem complicações, pois está íntegro, perfeito. Em função da saúde pode ser realizada qualquer atividade sem restrições.

De acordo com Silva et al. (2010), através das representações sociais são revelados dois pensamentos que se completam, pois ambos possuem seu grau de importância de acordo com as necessidades do indivíduo. O pensamento reificado refere-se ao saber científico e o consensual é relacionado ao senso comum que o indivíduo possui.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”

O indivíduo saudável é pleno, pode realizar o que for necessário para seu bem-estar. Ser saudável é ter liberdade de escolha, de ir e vir, é ser independente e realizar diversas atividades, desta forma o mesmo é feliz, pleno, realizado e vive bem, pois ter qualidade de vida é encontrar-se bem emocional, física, mentalmente e não possuir sentimento de dor e tristeza a lhe atormentar cotidianamente.

Ter saúde e qualidade de vida é indispensável para qualquer ser vivo e de suma importância para a vida do ser humano. Ser saudável é estar bem, ter o corpo funcionando plenamente, é estar feliz e bem representado socialmente.

Segundo Segre e Ferraz (1997) o “perfeito bem-estar” é posto como uma utopia e no momento é irreal e ultrapassada, ou seja, esta definição foi avançada na época da sua elaboração, mas no contexto atual diante das dificuldades que a saúde enfrenta esse “perfeito bem-estar” fica cada vez mais difícil de ser alcançado é uma fantasia.

Segundo Silva et al. (2010), quando o sujeito se reconhece como saudável se sente livre e autônomo de sua própria vida, ou seja, é normal e tem autonomia sobre suas ações e pode desfrutar a vida em sociedade sem restrições e complicações. Desta forma viver bem, sem alterações é ter saúde e um corpo saudável gozando plenamente de suas atividades.

De acordo com Silva et al. (2010), as sociedades fazem diversos usos dos corpos dos indivíduos e a produção capitalista tem sua participação neste sentido, pois o corpo humano passou a ser útil a partir do trabalho realizado e produzido na sociedade capitalista. Quanto mais o homem produz mais útil e forte ele é, porém à medida que ele deixa de produzir é descartado e substituído por quem pode dar maiores lucros.

Fica claro também que as representações sociais estão relacionadas ao corpo forte, saudável, nesta perspectiva o homem é visto como força de trabalho e seu corpo é cedido ou ofertado ao capitalismo excludente e dominador. A representação social do corpo forte indica o trabalho humano como política de dominação, ou seja, o detentor do poder, da política de

dominação pode pagar e comprar o corpo ou força de trabalho. Para a produção capitalista o corpo é indispensável para produzir e dar lucros, porém, o mesmo precisa ser jovem, saudável e forte, ser praticamente uma máquina.

O conceito de homem útil passou a ser consolidado a partir dos novos valores de trabalho, do rendimento e do progresso, que na sociedade recém-construída resulta em produção capitalista. O homem é tão mais útil quanto melhor for sua força de trabalho e consequentemente maior for sua produção. (SANTOS, et al, 2010, p. 407).

Segundo Santos (2010), quando o trabalhador é legalizado e adquire uma doença crônica como o diabetes e a insuficiência renal, por exemplo, ele pode contar com o auxílio doença, porém, se a pessoa é um profissional autônomo assume os riscos com o adoecer e não adquire nenhum benefício, por não fazer contribuição trabalhista. Uma pessoa quando trabalha por conta própria e tem parte de seu corpo amputado, fica desamparado, desprotegido legalmente e a depender da situação fica impossibilitado de realizar suas atividades profissionais para seu sustento e de sua família. Quando a amputação ocorre há um novo significado dos conceitos socioculturais, familiares em função do seu corpo modificado por conta do diabetes e das suas restrições.

O corpo perfeito, normal, saudável, completo, sem alterações, bonito, forte e produtivo é bem visto e aceito pela sociedade. Já o corpo amputado é visto como feio, incompleto, frágil e com limitações, sendo assim socialmente não representa o ideal de beleza, pois a beleza é um padrão almejado pela sociedade e quem não tem o padrão de perfeição almejado passa a ser desprezado pela sociedade e por si mesmo.

Ainda segundo Santos et al. (2010), o amputado possui limitações ocasionadas pela amputação, sendo assim a pessoa amputada é vista como imperfeita e incapaz devido à falta de parte do seu corpo, ela passa a ser estigmatizada por causa da sua aparência e autoimagem. Embora mutilação e amputação não sejam iguais o amputado só se percebe como mutilado, ou seja, é como se parte do seu corpo tenha sido arrancado de forma bruta, boas partes dos amputados não encaram a amputação como uma intervenção cirúrgica necessária à sua sobrevivência.

A amputação em alguns indivíduos gera limitações, dependência, sentimentos negativos e leva os mesmos grupos a exclusão social e autopiedade. A readaptação nem sempre é fácil, pois vivemos em uma sociedade altamente preconceituosa e excludente na qual a aparência física é bastante valorizada. As representações sociais relacionam os indivíduos à angústia, isolamento devido à perda de qualidade de vida e saúde. A amputação afeta o vínculo social do

indivíduo. Por não ter o corpo perfeito o amputado se sente diferente e inferior em relação aos outros membros da sociedade.

Segundo Santos et al. (2010) cuidar é da natureza humana, por isso nos primórdios os mais fortes cuidavam dos mais fracos, ou seja, na antiguidade crianças, doentes e idosos eram protegidos e cuidados pelos mais fortes, isso de certa forma, se perpetua até os dias de hoje. A figura materna, por exemplo, protegia e cuidava dos filhos contra as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Infelizmente a falta de informação sobre o diabetes faz o doente negligenciar sua saúde, porém, após a cirurgia de amputação passa existir a culpabilização do sujeito. O cuidado que antes não existia passa a ser prioridade para que não ocorram novas amputações. Seja qual for a dificuldade enfrentada em relação à doença, os cuidados consigo devem ser realizados para que os indivíduos tenham saúde e bem-estar mesmo doente. É preciso conhecer suas necessidades e limitações para garantir que o cuidado seja efetuado, nesta perspectiva qualquer conhecimento é válido e o cuidado científico não deve ser o único a ser realizado.

De acordo com Santos et al. (2010), as representações têm papéis importantes, pois leva o indivíduo a perceber que a saúde e cuidados com o seu corpo devem ser mantidos para que se tenha um corpo saudável no meio social. É importante ter consciência que cuidar-se é necessário, pois após a cirurgia o cuidado precisa ser mantido para não haver complicações e novas amputações. Quando o indivíduo adquire a representação do corpo inútil e incapaz após a cirurgia torna-se triste, infeliz, e mais dependente das pessoas que o cercam para realizar até as atividades mais simples. A autoimagem da pessoa amputada geralmente é negativa e sem perspectiva de uma vida saudável mesmo com as limitações da doença.

É importante salientar que o autocuidado é necessário para ter uma boa saúde, mesmo com o diabetes. Seja qual for a dificuldade do diabético o importante é não negligenciar o autocuidado e evitar possíveis complicações como as amputações por exemplo.

#### ***2.4 O Diabetes Mellitus (DM) no Brasil e suas Desigualdades sociais e demográficas entre os anos 2003 – 2008***

Segundo Barros Barros et al. (2011), os impactos das desigualdades de renda na saúde contribuem para a promoção de políticas e para o desenvolvimento de estratégias a respeito do problema enfrentado devido à falta de equidade em saúde. A população brasileira tornou-se mais velha e com o envelhecimento populacional do país aparece a necessidade de monitorar o

surgimento e prevalência de doença crônica como o diabetes e a crescente demanda aos serviços de saúde que passam ser mais utilizados devido à morbidade de um portador de uma condição clínica crônica.

De acordo com Barros et al. (2011), o tratamento e monitoramento da saúde são importantes para que se tenha um diagnóstico, controle da doença e redução das mortes. Na atualidade é necessário acompanhar as desigualdades sociais e monitorar a tendência do estado de saúde, acesso e uso dos serviços pela população. Este monitoramento é muito interessante para países em desenvolvimento como o Brasil, pois tanto há pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, como aquelas que vivem em situação econômica mais privilegiada entre as classes sociais nas diferentes regiões do país. Em países que vivem esta situação de mudanças alimentares e de vida há uma tendência para o desenvolvimento e aumento de doenças crônicas como o diabetes.

Os estudos acerca da saúde buscam verificar as desigualdades sociais e econômicas que resultam em iniquidade em saúde e conseqüentemente em mortalidade. Mostram também a prevalência de doenças crônicas nos segmentos economicamente mais desfavorecidos.

Os inquéritos de saúde possibilitam ampliar o escopo das análises das desigualdades para além dos diferenciais verificados na mortalidade que, tradicionalmente, constitui-se na fonte básica de indicadores para o monitoramento das tendências das iniquidades em saúde. (Barros, et al, 2011, p.3).

A prevalência do diabetes pode aumentar com o avanço da idade e os idosos são os primeiros a serem acometidos, depois os adultos, jovens e crianças. Com o aumento da idade há uma maior incidência de doenças crônicas e por conseqüência maior interesse pelos serviços de saúde em função da sobrevivência da população, visto que há o crescimento da prevalência e do impacto social das doenças crônicas.

De acordo com Barros et al. (2011), o Brasil utiliza dados da saúde para monitorar os indicadores de saúde e a partir deles monitorar a prevalência de doenças crônicas da população entre 2003 e 2008. Os impactos causados por elas verificam a prevalência das doenças segundo estratos sociais, escolaridade e plano de saúde privado ou não. Entre 2003 e 2008 verificaram-se mudanças nas condições crônicas da população brasileira e aumento do diabetes, devido à grande incidência da obesidade, e sedentarismo decorrentes da falta ou baixos níveis de atividades físicas. Em função de diversos cuidados como aumento do diagnóstico, tratamento e controle da doença há sobrevivência e redução da mortalidade desta população.

Segundo Barros (2011), em pesquisas realizadas no Brasil e em outros países o diabetes aumentou e pode desencadear outras doenças como a insuficiência renal. Os estudos apontaram a maior prevalência de doenças crônicas nas pessoas que moram na zona urbana e regiões Sul e Sudeste, com menor escolaridade, sem plano de saúde e economicamente desfavorecidas. Ou seja, no Brasil, assim como em outros países, há maior incidência de diabetes entre as pessoas que possuem menor escolaridade e maiores desigualdades sociais, isso consequentemente provoca um maior custo com a saúde para o país.

Segundo Barros et al. (2011), a escolaridade ou grau de instrução das pessoas, assim como as desigualdades sociais ou nível socioeconômico baixo, seja aqui no Brasil ou em outros países tem ligação direta com a prevalência de doenças crônicas inclusive o diabetes. Apesar de haver uma condição desfavorável em relação à população com pior nível socioeconômico, o cuidado com a saúde, políticas de proteção social e do sistema de saúde podem contribuir para a redução e ou minimização das doenças crônicas, dos seus impactos e também da redução ou desaparecimento das diferenças entre as mesmas.

De acordo com Barros et al. (2011), a utilização de informações referidas as doenças crônicas são questionadas por muitos autores. Ao confrontar informações com dados dos prontuários médicos, são revelados os graus de acurácia diferentes da patologia pesquisada, da presença de morbidade, características sociais e demográficas do respondente.

É de suma importância para o indivíduo perceber os sinais e sintomas da doença e buscar serviços médicos, testes para diagnósticos ou exames médicos e orientações de qualidades fornecidas pelos profissionais de saúde para ter maior qualidade de vida. Infelizmente as diferenças sociais, o menor acesso aos serviços médicos, de diagnósticos, a falta de escolaridade e ou informação faz com que o indivíduo socioeconomicamente desfavorecido desconheça precocemente a condição de doente crônico ou de diabético.

Pode-se afirmar que a escolaridade e a morbidade são fatores importantes para análise das desigualdades sociais em saúde, portanto reduzir as desigualdades sociais é mais que necessário para diminuir a prevalência da doença nas classes menos favorecidas socioeconomicamente para que haja a minimização das desigualdades sociais, morbidade e mortalidade da população brasileira. É necessária a ampliação da cobertura e qualidade dos serviços de saúde, a fim de melhorar os diagnósticos, controle e tratamento de doenças crônicas como o diabetes, visto que a maioria da população do Brasil não possui plano de saúde e depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

## *2.5 A dieta e atividade física na prevenção e controle da diabetes mellitus*

Segundo Fernandes et al. (2005), o diabetes é uma doença muito antiga, documentada pelos egípcios, depois pelos gregos e mais tarde pelos médicos indianos. A doença foi caracterizada pela alta eliminação de urina e seu tratamento consistia apenas no uso de extratos de plantas. O termo “diabetes” foi denominado pelo grego Aratus no século II.

De acordo com Fernandes et al. (2005), o DM é uma doença crônica, ou seja, que não tem cura, apenas tratamento e é caracterizado pelo aumento de glicose no sangue. Esse aumento ocorre quando o pâncreas não funciona adequadamente ou para de funcionar, e deixa de produzir a inulina, hormônio responsável pela absorção da glicose pelo organismo.

Na atualidade o diabetes é uma das principais doenças a acometer o homem e sua incidência cresce no Brasil e em vários países no mundo. Este aumento causa impactos sociais e econômicos significativos. Sua prevalência aumenta nos países em desenvolvimento devido a mudanças alimentares e ao estilo de vida da população mundial.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), atualmente cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar até 2030.

Os custos com o diabetes têm aumentado em vários países, devido aos gastos com a doença. Aumenta-se os números de internações, procedimentos hospitalares, de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações e todos esses fatores ampliam muito os gastos com a saúde.

No Brasil a doença tornou-se um problema de saúde pública, pois onera o sistema de saúde, demanda número maior de hospitalização, invalidez precoce, perda de qualidade de vida e da capacidade para o trabalho. Cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) demandar enfrentamento de ações preventivas, terapêuticas e detecção precoce da diabetes junto a política de saúde, a fim de ofertar melhor qualidade de prevenção e tratamento ao paciente diabético.

O Diabetes Mellitus tipo 2 é o mais comum e acomete qualquer pessoa, inclusive crianças, adolescentes e jovens, porém, os mais acometidos são pessoas de meia idade e idosos. A prática de exercícios físicos e a dieta alimentar são fatores importantes no controle; os dois fatores juntos podem prevenir e ou controlar a doença, o aparecimento e complicação da mesma.

Segundo Organização Pan-Americana de Saúde (2003), os impactos causados pelo diabetes em vários países do mundo representam enormes gastos ao sistema de saúde. Como visto, a enfermidade está associada a amputações, insuficiência renal, cegueira, a doenças

cardiovasculares e cerebrovasculares. O Brasil, a exemplo, tem-se evidenciado o aumento dos custos com a saúde, daí a importância do enfrentamento da doença com ações preventivas e da detecção precoce, juntamente à política de saúde, no intuito de atender melhor ao diabético.

O impacto de diabetes sobre o sistema de saúde em muitos países, ainda não tem sido bem documentado, mas considerando que esta enfermidade está associada a grandes taxas de hospitalizações, a uma grande incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações, pode-se prever a carga que isso representa para os sistemas de saúde. (Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, p. 196).

Com uma dieta adequada, pobre em açúcares e carboidratos nas quantidades indicadas, rica em fibras, frutas, alimentos integrais, peixes, vegetais diversos e práticas de exercícios físicos prescritos e orientados adequadamente, os fatores hereditários, obesidade, estresse e sedentarismo tendem a diminuir o risco do aparecimento do diabetes. Devido ao hábito alimentar pobre em fibras, ricos em açúcares e gorduras saturadas, embutidos, enlatados e ao sedentarismo os brasileiros têm desenvolvido ao longo das últimas décadas doenças crônicas e houve o aumento do diabetes mellitus.

A alimentação deve ser realizada com responsabilidade e certos cuidados na sua ingestão devem ser seguidos. A pessoa com diabetes deve evitar o consumo de gorduras saturadas e açúcares de modo geral e aumentar o consumo de fibras. É importante para o paciente manter um plano alimentar considerando particularidades e individualidades biológicas, respeitando suas condições socioeconômicas, ou seja, a dieta alimentar deve ser sugerida segundo sua condição econômica e social, pois nada adianta indicar uma dieta que o paciente não tenha condição de seguir.

Atualmente há uma tendência em substituir alimentos naturais ricos em fibras, vitaminas e minerais por alimentos industrializados que aumentam os riscos de uma pessoa se tornar um diabético do tipo 2 devido a uma alimentação inadequada, ou seja, na atualidade “abre-se mais pacotes e descasca-se menos” e essa tendência, associada ao sedentarismo, tem aumentado a chance desta e de outras doenças.

Segundo Fernandes<sup>1</sup> et al. (2005), a dieta adequada e a atividade física diária são importantes na prevenção do DM tipo 2. Ao paciente diabético é recomendado controle do peso corporal, pois o mesmo melhora os níveis glicêmicos e lipídicos e faz diminuir a morbidade e mortalidade.

Devido à importância da atividade física na prevenção, diminuição e controle do diabetes, é necessária a criação de políticas públicas, iniciativas e ambientes que estimulem e

ajudem; as pessoas a ficarem mais ativas fisicamente, com mais qualidade de vida e desta forma evitem uma série de complicações, inclusive outras doenças crônicas. A educação física tem papel importante e decisivo para o tratamento e qualidade de vida do paciente diabético.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), são recomendados 30 minutos de exercícios aeróbicos de baixa e média intensidade, cinco a sete vezes por semana, pois os mesmos diminuem níveis de glicose no sangue, promovem a perda de peso corporal e aumentam a sensibilidade à insulina.

Os exercícios físicos são importantíssimos, mas precisam ser realizados com cuidado para evitar complicações devido a sua má utilização. A qualquer pessoa não é recomendada exercício apenas em fins de semana e feriados, com o diabético não é diferente, eles devem ser evitados com o objetivo de não correr o risco de complicações e até mortes súbitas. A pessoa com DM deve aferir a pressão arterial antes, durante e depois dos exercícios físicos e controlar os índices glicêmicos, a fim de evitar hipoglicemia ou diminuição da glicemia no sangue.

Segundo Fernandes et al. (2005), é indispensável que tenha programas de prevenção contra o diabetes, que o doente receba apoio psicossocial e mude seu estilo de vida. Em função do aumento do diabetes mellitus, do alto custo social e do Estado, faz-se necessária a implantação de programas de prevenção, educativos e multidisciplinares que conscientizem a população sobre a importância de bons hábitos alimentares e da prática de atividades físicas para prevenir-se contra o DM e ter melhor qualidade de vida.

Considerando o substancial aumento da prevalência do DM tipo 2 na população e seus efeitos na morbidade, faz-se necessária a implantação de programas de intervenção multidisciplinares que contemplem práticas educativas para a conscientização da população a respeito da importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividades físicas regulares. (FERNANDES, et al, 2005, p. 202-203).

## ***2.6 O processo de viver saudável mesmo com Diabetes Mellitus***

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública no Brasil, devido ao grande número de pessoas atingidas e da alta complexidade de convivência com a mesma. O aumento da doença é crescente no país, em função do seu diagnóstico tardio, falta de tratamento ideal, controle e cronicidade da doença. Mesmo com uma realidade indesejável é possível ter qualidade de vida e viver com saúde.



Segundo o artigo de Francioni<sup>1</sup> e Silva<sup>2</sup> (2007), uma vez diagnosticada a doença, a pessoa com diabetes pode ter uma vida saudável e dispor da informação precisa e necessária para aprender a conviver com a condição de cronicidade. O apoio educativo é importante e permite que a doente viva com mais saúde. Para tanto é necessário a pessoa identificar como vivia antes do adoecer e estabelecer metas a serem alcançadas na nova rotina de vida. Nesta etapa difícil, com inesperada condição crônica, com mudanças significativas em seu viver, é muito importante o apoio familiar e de amigos para a superação das dificuldades.

Assim como o apoio emocional é de extrema importância para nova condição do doente, o mesmo também deve contar com o suporte financeiro, com a rede de aconselhamento da equipe multidisciplinar e com as reuniões de grupo. A união de todos esses fatores contribui positivamente, pois as redes sociais auxiliam no aprendizado diário e ajuda a pessoa a ter uma vida melhor mesmo com a doença.

Segundo Francioni<sup>1</sup> e Silva<sup>2</sup> (2007), para a pessoa com diabetes viver melhor é indispensável ter educação em saúde. O processo de aprendizagem é de suma importância no enfrentamento da doença, tanto para o educando como o educador, pois há troca de informações na perspectiva de um objetivo comum. Buscar possíveis soluções para o diabético promover a saúde e o enfrentamento da condição crônica, a fim de melhorar sua condição de vida. Nem sempre a ciência alcança resultados satisfatórios em relação aos problemas vivenciados pela pessoa com diabetes. Isso geralmente ocorre porque falta comunicação entre a equipe médica e o paciente, ou seja, geralmente a medicina ou biomedicina nem sempre consideram a realidade e ou a vivência da pessoa com diabetes no processo de um viver melhor.

Os avanços da biomedicina no que dizem respeito ao conhecimento da patologia e dos tratamentos cada vez mais precisos, nem sempre têm respondido satisfatoriamente aos problemas de quem vive com diabetes. Muitas vezes, a falta de uma comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde e pessoas com DM interfere numa melhor qualificação da assistência. (FRANCIONI e SILVA, 2007, p. 106).

O artigo daquele grupo de estudantes compartilha experiência, informações e saberes indispensáveis para um viver melhor através do grupo de convivência. A pessoa que frequenta grupo de convivência recebe suporte social, alcança autonomia, melhora a relação social e a articulação entre as pessoas de outros grupos e instituições. Através do mesmo a pessoa com diabetes constrói um viver mais saudável, pois os profissionais podem identificar e entender as necessidades e dificuldades enfrentadas pelo participante no cotidiano. Infelizmente o grupo de convivência não é a realidade da maioria dos postos de saúde do Brasil. “Este grupo, como

estratégia coletiva de desenvolver a educação em saúde, favoreceu o compartilhamento de saberes e experiências, tendo como resultado a promoção de mais autonomia para seus integrantes.” (FRANCIONI e SILVA, 2007, p. 106).

No processo de aprendizagem e troca as pessoas do grupo aprendem que é possível viver saudável e ter autonomia sobre suas vidas, mesmo estando doente. Geralmente sentem-se melhor ao frequentar os grupos, pois partilham experiências comuns e semelhantes em suas vidas. Nos encontros as pessoas se sentem mais confiantes, mais à vontade, falam sobre suas experiências, frustrações, desejos, influenciam e são influenciados pela dinâmica do grupo.

Os participantes percebem que os encontros fazem bem, pois eles estabelecem vínculos de amizade, o ambiente é preparado para que se sintam bem, confortáveis e que aprendam a viver melhor mesmo com o diabetes, que percebam que não é o fim e há possibilidades de conviver com a doença e suas limitações e viver melhor.

Quando a pessoa tem consciência que é possível viver bem, mesmo com o diabetes tudo fica mais fácil. A maneira como a doença é percebida é muito importante no processo de aprendizagem, autoconhecimento e adaptação. É um processo penoso, bastante sofrido, pois a pessoa sai da condição de saudável para doente privada de seus prazeres, é uma fase negativa e bastante complexa.

Segundo Francioni<sup>1</sup> e Silva<sup>2</sup> (2007), o trabalho é outro elemento que influencia em um viver saudável mesmo com DM. Com o trabalho ou ocupação a pessoa se mantém ativa, produtiva, independente, com vínculo externo mantido e com outros compromissos. Viver bem é possível mesmo com diabetes, mas para tanto são necessárias formas de tratamento e busca de qualidade de vida.

### ***2.7 A pessoa com diabetes em tratamento de hemodiálise***

Adoecer é uma experiência difícil não só para a pessoa com DM, mas para toda família. Quando um está bem, todos estão, porém quando um dos membros adoce os demais membros acabam por adoecer direta ou indiretamente. A pessoa com DM já tem suas condições de saúde limitada e carece de muita atenção por parte de sua família, quando o doente tem o agravamento da doença por causa da condição renal crônica, os cuidados são aumentados e sobrecarregam os familiares dos diabéticos.

Segundo Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), a pessoa diabética e com condição renal crônica, passa a ter suas necessidades ainda mais limitadas e não pode fazer as mesmas coisas que fazia

antes das doenças. Nesta situação precisa restringir hábitos alimentares, diminuir a ingestão hídrica, limitar atividades de lazer e vida familiar, profissional e social. Todas essas limitações causam dor, revolta, tristeza, depressão, dentre outras, devido à condição crônica. A família pode interpretar a doença de diferentes maneiras e a mesma pode aceitar e ajudar ou não na nova condição do doente. Fica o questionamento: Por que a família é mais responsabilizada que o Estado em relação à saúde do paciente?

A condição crônica implica mudanças ao doente e à família, nos seus distintos contextos sociais, no modo de viver com restrições, alterações físicas, psicossociais e no enfrentamento da doença. Para enfrentar as dificuldades são necessárias mudanças de vida por parte do doente e da sua família com o objetivo comum de ter melhor qualidade de vida, pois a experiência do adoecimento acaba sendo vivenciada por todos que estão envolvidos no contexto familiar. “A vivência com a cronicidade implica mudanças no modo de viver, alterações físicas, psicossociais e forma de enfrentamento da pessoa e sua família” (MATTOS<sup>1</sup> e MARUYAMA<sup>2</sup>, 2009, p. 972).

Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), nos mostra que é necessário compreendermos a experiência do adoecimento de uma pessoa que além da diabetes mellitus possui triplas ou mais necessidades. Buscar práticas condizentes de saúde para suprir as dificuldades familiares é necessário para que todos tenham melhor qualidade de vida.

Mesmo que o doente já tenha experiência com diabetes através do fator hereditário e de convivência, é difícil passar de expectador saudável para doente, pois é muito penoso deixar de ser uma pessoa normal e assumir uma vida de restrições como um diabético em diálise.

Por parte de alguns diabéticos fica sempre o medo de transmitir a doença aos seus descendentes, porém, se a pessoa tem casos na família e possui hábitos saudáveis como prática de exercício, bons hábitos alimentares acabam por ter menos possibilidades de adquirir o diabetes tipo 2 ou diabetes mellitus insulino por fator hereditário. Quando o indivíduo não tem uma vida sedentária, pratica exercícios intensos, não come alimentos gordurosos, calóricos, evita o consumo de álcool, tabaco, carboidratos e açúcar em excesso é menor a propensão a que o mesmo desenvolva a doença. Portanto bons hábitos de vida são necessários para evitar o diabetes e possíveis complicações, inclusive a renal.

Segundo Santos<sup>1</sup> (2011), quando a família é bem orientada, pode constituir cuidados a pessoas com diabetes, ou seja, os familiares acabam se envolvendo nas ações de cuidado e ajuda no manejo e manutenção da vida do diabético.

Segundo Santos<sup>1</sup> (2011), quando a família não apoia a pessoa com DM, ela própria desperta o apoio família, ou seja, ela cria condições favoráveis de apoio familiar no enfrentamento da doença, além de realizar seu autocuidado, porém a ausência de cuidado pode desencadear sentimento de abandono, solidão e desamparo e pode comprometer o tratamento.

Segundo Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), as experiências anteriores servem de referência sobre interpretações, escolhas e cuidados com a saúde. Neste sentido conviver com algum integrante familiar diabético facilita o aprendizado e o trato com a doença, pois as experiências vividas servem de referência para o doente que já conhece a doença.

O sistema familiar é complexo e dinâmico e influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia, sendo que as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família. (MATTOS e MARUYAMA, 2009, p. 972).

Independentemente do tipo de família que o indivíduo tenha, ela continua a ser a instituição social de maior importância para os seus membros e tem influência direta nos cuidados com a saúde de seus integrantes. Viver em família é um verdadeiro aprendizado, nela aprendemos valores, sentimentos, hábitos, costumes que são transmitidos, partilhados em diversos momentos contribuindo para a formação das pessoas e gerações futuras. Nesta perspectiva a família é a instituição na qual seus membros se unem e partilham diversas experiências, inclusive no adoecer com o intuito de tratar, cuidar, e conviver com a doença. Porém infelizmente nem sempre a dinâmica familiar e o tipo da família podem contribuir positivamente para o tratamento do diabético.

Segundo Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), a família é uma instituição segura na qual os seus membros sentem-se seguros e amparados. No caso de uma família patriarcal o pai é o protetor e quando este provedor é acometido pela DM e pela insuficiência renal crônica, os pertencentes do núcleo familiar veem seu futuro comprometido pela incerteza, porém é reforçada a importância da família para o processo de saúde e doença. A condição crônica também pode ser representada de acordo com o sexo da pessoa com DM; o homem é apresentado como provedor da família, forte, autossuficiente, já mulher é vista como frágil e dependente e como manipuladora de alimentos.

A condição crônica causada pelo diabetes, doença renal e hemodiálise de um dos membros da família demanda cuidados, devido às alterações físicas no organismo. Essas condições envolvem os integrantes familiares no cuidado ao doente já tão fragilizado e podem causar desequilíbrio familiar. O adoecimento de um dos membros pode causar fragilidade nos

demais membros da família, devido ao sofrimento do doente e da fadiga imposta pelos cuidados em tempo integral, surge aí o adoecimento social, pois a doença de um atinge emocionalmente a outros integrantes da instituição familiar.

Quando a família é unida infelizmente o adoecimento familiar é inevitável devido à pressão sofrida por causa do adoecimento de um de seus membros, é como se esse núcleo fosse contaminado pela dor de seu ente querido. O cansaço físico, mental e psicológico são frutos de uma rotina pesada de cuidados, cujo sofrimento não é apenas individual, mas familiar. O diabético tem o seu quadro agravado com condição renal crônica e a hemodiálise, com o agravamento causado pelas doenças, há o aumento da falta de saúde e das limitações do doente e de sua família. A união da família é muito importante para a manutenção da vida e superação das dificuldades diárias do doente e de seus familiares. É importante ressaltar que a família papel importante na manutenção da dinâmica do diabético quanto a aplicação da medicação, primeiros socorros e solicitação de medicamentos em postos.

Segundo Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), a comida é uma forma de expressão das relações sociais de pessoas de mesmo grupo social, religioso ou ético. As limitações impostas pelo diabetes interferem diretamente nas relações sociais do indivíduo. Através das refeições e em torno de uma mesa farta são estabelecidas relações pessoais, sociais e valores culturais. Este momento agrega valores, sentimentos e fortalece laços familiares e de amizade em grupo social, religioso e ou étnico. Uma vez consumido com outras pessoas o alimento torna-se alimento social, pois é ingerido em sociedade, não individualmente. Uma vez com diabetes e com doença renal crônica o doente passa a não partilhar dos mesmos alimentos que seu grupo cultural e ou social e sem dúvidas nenhuma esta restrição lhe causa um isolamento social. Desta forma a pessoa com DM perde a identidade de seu grupo, pois não pode manter os seus costumes alimentares, devido a sua condição não saudável, anormal e sua vida familiar passa a ser reflexo do estado de saúde e doença do seu integrante doente. A perda de liberdade dos integrantes familiares e a família manifesta mais tristeza e até revolta devido ao sofrimento do doente. A família é para a pessoa com DM uma unidade de cuidado, amor, atenção e proteção e principal aliada para o tratamento com a qual o doente pode contar. As dinâmicas familiares podem mudar de acordo com as necessidades do seu doente.

Ainda segundo os autores citados acima se a doença acontece com o homem há um peso grande, pois, o mesmo é visto como forte e viril, porém, com o adoecimento masculino a sociedade cobra da mulher o papel de cuidadora, esposa dedicada, amável, compreensiva e heroína que deve salvar ao esposo adoecido. Devido às novas dinâmicas familiares o “papel

feminino” imposto pela sociedade tende a mudar devido às novas configurações de família ou de seus membros. Quando ocorre o agravamento da doença é normal que o doente e sua família fiquem tristes, deprimidos, que surja também o sentimento de pena e autopiedade, culpabilização, perda de liberdade, medo da morte e o sentimento de impotência por não poder fazer nada para mudar a realidade na qual ele e sua família se encontram.

Quando o paciente pode contar positivamente com sua família, há maior adesão ao tratamento e a dieta alimentar. Por tanto o tratamento tende a ter mais sucesso e o paciente mais qualidade de vida. Quando há indisciplina e a pessoa com DM não adere ao plano alimentar, ao tratamento indicado pela equipe médica tem o agravamento da doença e conseqüentemente perda da qualidade e tempo de vida.

De acordo com Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), a doença renal crônica é complexa e exige muito do paciente e sua família, com a evolução da mesma dá-se início o tratamento de hemodiálise, tratamento caro, com tecnologias avançadas que ao mesmo tempo em que prologa a vida do paciente é muito invasivo, cansativo e doloroso. A pessoa em tratamento de hemodiálise passa a conviver com uma rotina rigorosa, com a presença de cateter e com complicações que podem ocorrer devido a infecções, processo esse complicado e doloroso. A cada perda do cateter uma nova colocação, um novo sofrimento para o doente e sua família. A diálise, as infecções provocam mudanças corporais, limitações físicas, necessidade de cuidados e isolamento social devido a uma série de restrições que o tratamento impõe. Dentre as limitações estão o fato de que não se pode viajar sem preocupações e sem data de retorno, não pode comer e beber o que se quer e ter uma vida normal como antes do tratamento de diálise. Neste contexto, tanto, o doente como a família precisam abdicar do convívio social, devido às limitações impostas pelo tratamento.

O enfrentamento é a forma pela qual todos os membros familiares utilizam para superar as dificuldades da doença, cabe à família cobrar atitudes colaborativas e readaptação do doente frente às limitações em função da enfermidade.

Segundo Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), o transplante renal é para o doente e sua família uma chance de “cura” e sobrevida, mesmo com a utilização contínua e permanente de medicamentos e cuidados para evitar a rejeição do rim transplantado. A cirurgia de transplante é um momento muito aguardado por todos os familiares, pois há possibilidades de superar parte dos momentos difíceis causados pela hemodiálise.

De acordo com Mattos<sup>1</sup> e Maruyama<sup>2</sup> (2009), a possibilidade de não depender mais de uma máquina para sobreviver é vivida por todos na família e depositada nos transplantes renais,

tratamento este de alto custo que ajuda na sobrevivência do paciente. Através dele o doente terá a possibilidade de uma vida com menos restrições, mas não com ausência de cuidados, pois o mesmo garantirá mais normalidade e menos restrições para toda família.

Assim, a possibilidade de sair da dependência da máquina, de tomar o destino em suas mãos, de voltar à normalidade do cotidiano de vida, possui o significado da esperança, de fé que as pessoas depositam no transplante renal. (MATTOS<sup>1</sup> e MARUYAMA<sup>2</sup>, 2009, p. 980).

Experiências vividas também ajudam o doente e sua família no enfrentamento das doenças e as decisões tomadas garantem a superação das dificuldades para a pessoa com DM, doença renal crônica e hemodiálise. Os valores e as crenças partilhadas em família possibilitam vivências, onde os colaboradores lutam para que haja um melhor tratamento e maior possibilidade de vida.

### ***2.8 Acompanhamento psicológico para pacientes diabéticos***

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que pode ter como causa fatores genéticos e ou ambientais como a má alimentação. A pessoa acometida por esta doença sente sede intensa, fome em excesso, urina com frequência, perde peso rápido, tem perda de energia, tem visão turva e muito cansaço físico e mental.

Segundo Lima<sup>1</sup> (2015), o doente com disciplina pode controlar a doença e ter uma vida saudável, sem complicações como problema de visão, rins, neurológicos e cardiovasculares. Para alcançar tais benefícios basta o paciente praticar atividades físicas, fazer dieta e uso correto da medicação prescrita e manter o equilíbrio emocional, portanto todos estes cuidados diminuem consideravelmente os danos físicos e os impactos psicológicos provocados pela doença.

De acordo com Lima<sup>1</sup> (2015), o diabetes é uma doença que causa muitos danos à vida do indivíduo, portanto a forma como o doente e sua família encaram a mesma e percebem a vida é importante para o enfrentamento da enfermidade. O acompanhamento multiprofissional é extremamente importante, pois pode contribuir positivamente para o controle do paciente e sua família.

Segundo Silva (2015), é prioridade para a saúde pública mundial prevenir e manejar as complicações do diabetes mellitus. Por isso é importante informar e orientar os indivíduos em situação de risco através da educação em saúde, identificar casos ainda não diagnosticados e

possibilitar tratamento, a fim de evitar novos casos e tratar os acometidos com o intuito de diminuir complicações em função da doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento implica na mudança de comportamento, ou seja, aceitar a nova condição e mudar o estilo de vida é primordial para evitar complicações como morbidade, amputações, internações, hospitalizações, maior utilização dos serviços públicos e conseqüentemente dos custos médicos. Aderir ao tratamento corresponde a seguir as recomendações profissionais, tomar medicações, seguir a dieta e ter um estilo de vida mais saudável. Fatores socioeconômicos, relacionados ao paciente, doença, tratamento e aos sistemas e equipe de saúde influenciam no ajustamento.

Portanto é muito importante para o paciente aderir ao tratamento, já a não adesão implica em complicações à saúde do paciente. A educação em saúde é sem dúvidas um dos meios mais eficazes para o paciente aderir ao tratamento do diabetes, pois através dela aspectos culturais, sociais, interpessoais e necessidades psicológicas do diabético são considerados durante o tratamento, ou seja, o paciente é tratado sobre outra ótica, não só medicamentosa e com conhecimentos médicos e clínicos.

Segundo Lima<sup>1</sup> (2015), quando o paciente adere ao tratamento e adota mudanças de hábitos e autocuidado, ele e sua família são beneficiados e passam a ter melhor qualidade de vida, pois complicações são evitadas. Onera menos os custos com a saúde, torna-se mais independente da família, mais produtivo economicamente e pode desfrutar do convívio social e familiar, mantendo-se melhor psicologicamente para o enfrentamento da doença. No processo educativo o indivíduo torna-se consciente e participativo em relação ao direcionamento do seu tratamento, tudo que lhe cerca é necessário para o seu aprendizado e multiplicação dos seus conhecimentos, ou seja, para um resultado eficaz e satisfatório.

A família é de suma importância no cuidado com o paciente diabético e assume o papel de cuidadora e protetora da pessoa doente. Geralmente é feito um trabalho conjunto para diminuir o sofrimento físico, medo, sentimento de culpa, desamparo e ansiedade que acomete o doente. Quando não acompanhado pode desencadear transtornos graves, prejudiciais à saúde e a dinâmica familiar.

Segundo Lima<sup>1</sup> (2015), a adaptação é uma etapa muito difícil, pois o diabetes provoca vários sentimentos negativos no paciente e sua família, cada pessoa enfrenta a doença a sua maneira e a organização psicológica é importante no enfrentamento do diabetes. O cuidado se



faz necessário, tanto para o doente, quanto para a família superar as dificuldades que a doença impõe.

No adoecer a família pode tornar-se ou não uma espécie de fortaleza, porto seguro, onde os integrantes se solidarizam no enfrentamento da doença dando apoio emocional ao doente. Modificar algumas rotinas e adaptar-se à nova realidade é necessário para superar as situações adversas vividas pelo doente e sua família.

De acordo com Lima<sup>1</sup> (2015), a família nem sempre é fonte de apoio para a aceitação do diabetes, porém o suporte é indispensável e essencial para o tratamento da doença. Com apoio familiar o paciente pode sentir-se mais tranquilo, confiante, protegido, mais forte para permanecer e não desistir do tratamento. O apoio e proteção que a pessoa com DM recebe reduzem o estresse causado pela doença e gera bem-estar psicológico ao paciente e consequentemente aos seus familiares.

Segundo Lima<sup>1</sup> (2015), o médico é importante para o tratamento do doente, sendo assim é interessante que estes profissionais demonstrem interesse pelo seu paciente e pela vida do mesmo. O interesse médico auxilia no tratamento, pois transmite segurança ao paciente, já o indiferente pode desestruturá-lo ainda mais.

É interessante ressaltar a importância do médico em demonstrar um interesse genuíno sobre o seu paciente, sobre os aspectos da vida, ter um entendimento global sobre seu meio ambiente, sua vida familiar. (SANTOS, 2015, p. 79).

De acordo com Lima<sup>1</sup> (2015), quando o profissional estabelece uma relação de confiança com o paciente, ele naturalmente a escuta com atenção a fim de compreendê-lo e ajudá-lo da melhor forma possível sobre os aspectos da sua vida, doença, medos e do meio onde está inserido com o intuito de intervir positivamente na terapêutica e alcançar os melhores resultados. O paciente gosta de sentir-se acolhido, cuidado, pois a doença já lhe traz muita angústia sofrimento, dentre outras coisas.

Ainda segundo Lima<sup>1</sup> (2015), o médico quando é empático, acolhedor e estabelece um vínculo de confiança com o paciente ele sente-se amado, confiante, tranquilizado e forte frente às tensões impostas e não vencido pela doença. A comunicação entre médico e paciente é de suma importância e deve estabelecer um vínculo de confiança, simples, claro e objetivo para que o paciente compreenda o seu papel frente ao seu tratamento e autocuidado objetivando melhor qualidade de vida.

O indivíduo diabético experimenta diversos sentimentos que o atingem emocionalmente. Em decorrência dos aspectos emocionais causados pela condição crônica é de

suma importância que o paciente seja acompanhado psicologicamente para o melhor enfrentamento da doença, diminuição do sofrimento psíquico, aceitação da condição crônica, autocuidado e adesão ao tratamento.

De acordo com Santos (2015), o indivíduo com doença crônica enfrenta conflitos interno sobre o que deseja fazer e o que é necessário fazer. Isso sem dúvida causa um desgaste emocional e torna necessário o acompanhamento psicológico a fim de diminuir o sofrimento psíquico e ajustar a vida do diabético a sua nova realidade.

Mudanças de hábitos, medicamentos, dietas, consultas, exames, dentre outros provocam no paciente um desgaste emocional e a psicologia contribui positivamente para aceitação da doença, autocuidado, diminuição das transgressões, além de facilitar o diálogo médico paciente e o controle da doença. O equilíbrio emocional do paciente é importante para prevenção e cuidados que o indivíduo necessita.

O uso contínuo de medicamentos, consultas, exames, dieta e exercício físico são parte dessa mudança e, com o tempo, o paciente se queixa de estar cansado dessa rotina desgastante. (SANTOS, 2015, p. 80).

A equipe multiprofissional, composta por psicólogo, dentre outros profissionais, auxilia consideravelmente para melhor eficácia da adesão, aceitação da doença, educação em saúde, participação da família, relação médico-paciente e diminuição dos riscos, complicações e custo médico.

A psicologia consiste em trabalhar o psicológico, emocional, aceitação da doença, motivação, questões pertinentes sobre a doença e autocuidado, acolhendo, apoiando, além de oferecer confiança ao paciente que passa por situação de medo, frustração e até perda de vontade de viver.

Infelizmente não houve a possibilidade de entrevistar nenhum profissional da psicologia que trate de pacientes diabéticos, pois como o informado nunca houve a necessidade de indicação desses pacientes para esta especialidade. Apenas duas (2) pacientes informaram já ter tido atendimento psicológico, uma foi no CEDEBA em Salvador, o atendimento ocorreu para o processo de aceitação e manejo quando a doença foi descoberta. Ela ressaltou a importância deste profissional na vida da pessoa com DM, mas devido à dificuldade para realizar a consulta na capital, ela deixou de receber este atendimento. A outra paciente recebeu atendimento psicológico por outro motivo, porém informou que o acompanhamento psicológico seria importante, pois facilitaria a escuta dos diabéticos.

## **CAPÍTULO III**

### ***3.1 A pesquisa***

A Unidade de Saúde Familiar (USF) da Estação funciona na Rua Aníbal Pedreira s/n. em São Gonçalo dos Campos Bahia. Este Posto de Saúde atende a população dos Bairros Santo Antônio, Alto do Cruzeiro, João Durval, Rio de Preto, Estádio, Loteamento Nova Vida, Loteamento Faranin, Cedro, BR 101, Popular, Avenida Cazumbá, Avenida Nossa Senhora de Fátima e Tabua.

Na Estratégia Saúde Família de São Gonçalo dos Campos dezoito profissionais. Sendo um dentista, um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar bucal, uma recepcionista, uma profissional da higienização e onze agentes de saúde.

No Posto de Saúde da Estação é realizado o Hiperdia – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos da região. O hiperdia atende todas as quartas este grupo de pessoas e tem por finalidade acompanhar os pacientes e evitar possíveis agravamentos do diabetes e hipertensão. O diabetes é uma doença crônica, grave, causada pelo aumento do açúcar no sangue. Devido a sua gravidade há necessidade de acompanhamento contínuo e interesse do poder público em controlar a doença a fim de diminuir os custos com a saúde.

O atual Trabalho de Conclusão de Curso trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória, que visa analisar as opiniões de usuários e agentes de saúde sobre as terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes. Esta pesquisa, realizada entre os dias 06/11/2019 e 21/11/2019, aplicada pela responsável por este trabalho, contou com a fala de duas profissionais e oito pacientes. Durante as entrevistas buscou-se observar como os pacientes vêm o diabetes, os cuidados recebidos, sobre o atendimento do posto de saúde, do SUS, dentre outros e como os profissionais vêm à doença, pacientes e poder público.

### ***3.2 Contextos da pesquisa***

Segundo o Ministério (MS) da Saúde (1997), a Unidade de Saúde da Família é um organismo público destinado a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, no nível

primário, com a equipe multiprofissional, para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com a atenção integral.

É de suma importância o papel do Posto de Saúde para a comunidade local, pois garante um atendimento primário de atenção contínua nas especialidades básicas. Este atendimento tão importante, quanto os demais, permite que o paciente não precise chegar à média e alta complexidade de agravamento do estado de saúde. É garantido através da unidade atendimento integral de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo. Uma vez que há um acompanhamento periódico dos pacientes, nos postos de saúde, nota-se menor necessidade de utilização dos serviços de urgência e emergência nos hospitais.

### ***3.3 Metodologia***

A metodologia do TCC será desenvolvida com ações de caráter sócio educativo, visando produzir reflexões e mudanças de práticas através das informações trocadas. Trata-se de um estudo descritivo, com enfoque qualitativo realizado no Posto da Estação em São Gonçalo dos Campos Bahia.

Analisar as opiniões de usuários e agentes de saúde sobre as terapias e tratamentos disponíveis para o diabetes no Posto da Estação em São Gonçalo dos Campos. Apresentar o perfil dos diabéticos que frequentam o Posto de Saúde da Estação em São Gonçalo dos Campos e identificar quais as políticas públicas direcionadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos diabéticos usuários do posto da Estação em São Gonçalo dos Campos.

A coleta de dados foi efetuada individualmente no próprio posto de saúde, em entrevista face-a-face com aplicação de questionário padrão, elaborado previamente.

Para realização da pesquisa foram utilizadas três etapas:

Primeira etapa: para a pesquisa ser realizada inicialmente foi efetuada uma visita ao posto da Estação a fim de saber se seria possível realizar uma pesquisa com os diabéticos e os profissionais da unidade. A resposta foi positiva, mas era preciso autorização da Secretária da Saúde do Município.

Segunda etapa: para aplicação da pesquisa na unidade foi preciso um termo de autorização, informando que seriam seguidos os princípios éticos que envolvem seres humanos, portanto os nomes dos pacientes e profissionais utilizados na pesquisa são fictícios a fim de manter o anonimato dos pesquisados. Com o termo de compromisso do pesquisador devidamente assinado, a pesquisa estava apta a acontecer, porém, devido a algumas ações de saúde realizadas no dia do hiperdia no município, algumas coletas de dados não foram efetuadas. O tempo não foi suficiente para a realização de mais entrevistas.

Terceira etapa: Após a entrega do termo de compromisso, a entrevistadora foi devidamente apresentada aos participantes do hiperdia. Aos diabéticos presentes foi perguntado quem podia conceder uma entrevista. Não houve nenhuma recusa e a entrevista foi realizada em duas semanas com os questionários previamente elaborados.

Foram entrevistadas dez pessoas no total, oito pacientes diabéticos e duas profissionais do posto de saúde. Todas as mulheres entrevistadas utilizaram nomes de flores e o único homem entrevistado utilizou o nome fictício de Marcelo. O uso de nomes fictícios foi adotado para a preservação de identidades dos pesquisados.

Os instrumentos de pesquisa que serão utilizados são: entrevistas, questionários e observação. Diversos autores podem fundamentar esse item do trabalho: Barros, Bravo, Faria, Fernandes, Lima, Mattos, Péres, Santos, Silva, dentre outros.

Os dados coletados foram escritos, analisados e posteriormente feita interpretação do resultado alcançado e posteriormente feita à elaboração do texto monográfico.

### ***3.4 Discussões sobre os dados da pesquisa***

Todos os pacientes residem na cidade de São Gonçalo, já as profissionais entrevistadas não. As duas profissionais que participam da pesquisa foram solicitadas em relação à proposta da entrevista, porém, foi demonstrado um pouco de ansiedade em relação ao questionário que seria aplicado.

Diante de uma entrevista é comum os profissionais ficarem inseguros em relação à transmissão de informações devido às pressões sofridas por seus gestores. Isso é bem evidenciado em cidades do interior dos estados do Brasil, onde ocorre a precarização dos trabalhos e contratações temporárias. É comum profissional terem medo de falar por não ter empregos efetivos. O medo pode ser atribuído à possibilidade de sofrerem perseguições e perderem seus empregos.

Foi verificado que há poucos serviços prestados nos postos de saúde, que faltam medicamentos e insumos constantemente, mas quando isso ocorre não é um problema exclusivo do posto, porém, de toda cidade, ou seja, quando faltam medicamentos e insumos na secretaria, faltam em todas as unidades de saúde do município e a mesma não tem como repassá-los. Embora seja cobrada a regularização e normalização da distribuição de medicamentos e insumos para o posto de saúde, nada pode ser feito a não ser aguardar a redistribuição. Verificou-se uma impotência por parte dos funcionários em relação a esta questão. Quando o número de medicamentos e insumos é restrito, os diabéticos recebem a quantia fracionada para atender um maior número de pessoas e, em caso de falta dos mesmos, os pacientes são orientados a comprá-los na farmácia, pois o uso é contínuo e não podem deixar de usá-los.

Os profissionais informaram que o trabalho multidisciplinar é importante para o tratamento dos pacientes, porém, no hiperdia é realizado uma consulta com os pacientes diabéticos e hipertensos que tiverem a consulta previamente agendada com o médico de plantão. Não há uma atividade multidisciplinar com o público atendido no dia.

Esporadicamente o único atendimento em grupo realizado no posto é com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o nutricionista que realiza uma palestra no posto, geralmente este apoio não ocorre no hiperdia.

As maiores queixas recebidas pelos profissionais são relacionadas à falta de medicamentos, exames gratuitos, marcação de consultas, troca de receitas e a carência de fitas glicêmicas que costumam faltar por meses. Apesar de haver o hiperdia no Posto de Saúde da Estação, ficou clara a necessidade de ter um acompanhamento multidisciplinar para os diabéticos e hipertensos na unidade. O hiperdia é apenas uma consulta periódica especialmente para estes dois públicos, ou seja, as quartas-feiras o atendimento é restrito apenas para eles. No hiperdia é realizado atendimento individual para os diabéticos que tiveram sua consulta agendada previamente. Este atendimento é importante para o monitoramento da saúde dos pacientes, porém, é insuficiente, pois não há acompanhamento na sua totalidade.

Embora os exames que identificam o diabetes não sejam realizados no posto, os profissionais informaram que orientam a população que frequenta a unidade a realizar exames que identifiquem o diabetes. E em caso de emergência o diabético é encaminhado para o hospital e é solicitado que o mesmo procure por neurologista, cardiologista e nefrologista para consultas especializadas.

Os principais desafios citados pelos profissionais em relação ao atendimento aos diabéticos foram à falta de compreensão dos pacientes em relação às normas de atendimento da unidade, o não cumprimento das recomendações médicas, falta de medicamentos e exames.

Em relação às ações públicas direcionadas aos diabéticos os profissionais entrevistados não acham que as mesmas são satisfatórias. Um dos profissionais relatou que os recursos financeiros da maioria dos municípios são insuficientes e que os mesmos precisam ser ampliados para melhorar as ações voltadas aos diabéticos. Informaram também que poderiam melhorar em relação a medicamento, exames e atividades multidisciplinares.

Mesmo verificando que há certo receio em relação à prestação da informação, tudo transcorreu bem.

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Seria muito interessante que, pelo menos uma vez por mês, fosse realizado um trabalho multidisciplinar com a presença da médica, enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogo, nutricionista, educador físico, dentre outros com a finalidade de educar, informar e promover a interação entre os diabéticos que frequentam o posto de saúde.

O trabalho em equipe é de extrema importância para os pacientes, pois reafirma os laços de amizade entre os integrantes, informa sobre diversos assuntos, educa e conscientiza os diabéticos sobre a gravidade da doença. Durante um trabalho multidisciplinar há troca de experiências, os participantes interagem a fim de aliviar as tensões e os problemas vividos em decorrência do diabetes.

Durante a entrevista os diabéticos demonstraram não possuírem informação sobre diversos assuntos, porém apenas duas (2) pessoas afirmaram não buscar informações simples como a falta de insumos. Tiveram casos em que os pacientes pegavam apenas a insulina ou remédio, mas não procuravam saber sobre a disponibilidade de outros produtos. Seis (6) pacientes informaram buscar informações na maioria das vezes apenas com a recepcionista. Fica claro que muitos pacientes desconhecem os seus direitos. Inclusive o direito de ter informação.

Em relação à ação judicial, todos eles informaram que nunca deram entrada a este tipo de procedimento. Os diabéticos demonstraram total desinformação sobre processo de judicialização, ou seja, provavelmente nunca foram informados sobre esta possibilidade.

Verificou-se também que tal informação não é transmitida pelos profissionais. Ficou evidente que na falta dos medicamentos e insumos é realizada a compra dos produtos, porém, tais gastos para alguns comprometem o orçamento financeiro familiar. Entretanto, alguns desconhecem que podem recorrer à justiça para ter seu direito garantido por lei quanto ao recebimento de medicamentos e insumos.

Segundo a Secretaria Municipal da Saúde (2018) o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão deliberativo na formulação e execução da política municipal de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção e controle social. O CMS funciona através de reuniões mensais e extraordinárias, comissão executiva, permanentes e temáticas. Sendo assim o conselho tem papel importante no controle, planejamento e fiscalização dos recursos destinados a serem gastos com a saúde do município.

Ao realizara entrevista foi percebido que apesar da gravidade do diabetes todos os pacientes a viam a doença com tranquilidade, normalidade e até fatalismo. A percepção do diabetes com algo normal chega a ser preocupante, pois se trata de uma doença crônica de alta complexidade que tem aumentado em vários países do mundo, porém muitos demonstravam conformismo com a situação. Sete (7) pacientes demonstraram só fazer o uso apenas dos medicamentos e apenas uma (1) informou realizar exercício físico. Esta tranquilidade não deveria ocorrer, pois o autocuidado não deve ser restrito apenas ao medicamento. Através das falas se revelaram despreocupados em disseminar informação em casa aos seus familiares a fim de que eles não se tornem futuros diabéticos. Apenas uma (1) paciente informou já ter sofrido preconceito, sete (7) informaram que nunca sofreram tal experiência. Embora não pareça pacientes diabéticos sofrem preconceitos, geralmente relacionado a impotência sexual.

Segundo a revista Nova Família (2017), muitas pessoas com diabetes têm preocupação e medo de serem rejeitados pelo parceiro, pois existe preconceito de que o diabetes pode causar impotência sexual. A impotência sexual pode ocorrer com homens e mulheres.

Com relação ao sistema público de saúde ao mesmo tempo em que demonstravam satisfação quanto ao atendimento gratuito deste sistema, se apresentavam insatisfeitos em relação à marcação de consultas, exames e demora do atendimento para consultas. Alguns deixaram claro que embora o SUS não atenda satisfatoriamente as pessoas que precisam de consultas, exames, medicamento, dentre outro ele é um mecanismo importante, pois oferta atendimento gratuito sem a necessidade de pagamento.

Foi notado também que a maioria, seis (6) pacientes, identificou como bom atendimento dos profissionais do posto e conseqüentemente da rede do SUS e apenas duas (2) pacientes



disseram não identificarem pontos positivos. Foi notado que a maioria teve dificuldade em identificar pontos positivos do SUS. Infelizmente o grau de desinformação em relação ao SUS e aos serviços disponibilizados pelo mesmo é muito grande. “A informação é libertadora”, ela permite a emancipação do indivíduo e que o mesmo se torne livre e cidadão de direitos. Já a sua falta atrasa o processo de cidadania e da emancipação humana, “o conhecimento dos direitos dos usuários é essencial para o desenvolvimento de uma consciência democrática, responsável e reflexiva do cidadão, tanto no papel de usuário quanto no de profissional de saúde.” (SANTOS, et al. 2011, p.266).

Cada indivíduo é único e possui suas características biológicas, há estado de saúde menos e mais grave, interesses políticos, rede de amizades, vizinhança e até falta de interesse do poder público por isso os medicamentos disponibilizados pelos postos nem sempre são fornecidos igualmente a todos os pacientes. Tem alguns que recebem Metformina, Glibenclamida, insulina regular e NPH. Há diabéticos que utilizam outros medicamentos e não precisam comprar, pois recebem em farmácia da cidade através do programa farmácia popular, porém, nem todos são contemplados com este benefício, pois nem todos os medicamentos são disponibilizados por este programa. Sendo assim alguns precisam comprar seus medicamentos, o mesmo acontece quando não há no posto de saúde.

Pela Lei 11.347, desde 2007 os brasileiros diabéticos têm direito a medicamentos e insumos. O diabético tem direito legal a insulina regular ou NPH, a Gliclazida, Metformina ou Glibenclamida a insumos como seringas para aplicação de insulina, tiras reagentes de medida de glicemia capilar e lancetas para a punção digital, porém, tais benefícios podem ser sonogados aos pacientes, não por falta de legislação, mas por falta do não cumprimento da lei. Fica a pergunta por que faltam tanto medicamentos e insumos no Posto da Estação? Quem está sonogando esses medicamentos e insumos?

Os recursos financeiros para a compra de medicamentos e insumos são disponibilizados pelo Governo Federal, que repassa para os estados que repassaram para os municípios. Porém nem sempre as verbas recebidas pelos municípios são suficientes para suprirem as necessidades dos mesmos, outro problema é a má gestão dos governos, irregularidades e corrupção.

Mais comum do que se pensa são as interrupções no fornecimento de medicamentos em função de investigações e operações deflagradas pelas Polícias Federal e Civil, a maioria a partir de denúncias feitas pelos Ministérios Públicos Federal e Estaduais. Um rápido levantamento, na internet, apurou algumas investigações deflagradas em 2017 e 2018. (MASSI, p,n, 2016).

Infelizmente ficou claro na pesquisa que o direito a medicamentos e insumos dos pacientes do posto de Saúde da Estação de São Gonçalo dos Campos Bahia está sendo negligenciado pelo poder público. De acordo com o que foi relatado pelos profissionais e pacientes é constante a falta de tal direito, porém, ninguém é responsabilizado pelo descumprimento da lei.

Com relação a tratamento de qualidade, alguns pacientes tinham dúvidas, hesitavam um pouco quanto às respostas. Isso era reforçado quando era solicitada a justificativa da resposta. Porém, a maioria, seis (6) pessoas disseram ter tratamento respeitoso e digno por parte dos profissionais de saúde.

Quanto ao custo com a terapêutica à maioria, sete (7), pessoas não souberam precisar o valor dos medicamentos e insumos, porém, as mesmas sabem que o custo com a terapêutica é alto. Embora alguns tenham consciência do alto custo, eles não associam a disponibilização do medicamento a um benefício do SUS. Apenas acham que devem receber, pois é bom e o importante é não faltar.

Foi verificado também que a desinformação das pessoas está ligada ao grau de conhecimento das questões atuais, da escolaridade e conseqüentemente das condições socioeconômicas. Isso não é necessariamente uma regra, porém, quanto maior a escolaridade das pessoas maior o grau de informação que elas possuem. O primeiro passo para o paciente ter direito à cidadania é conhecer os seus direitos, ou seja, o conhecimento dos direitos é primordial para o desenvolvimento da consciência democrática do indivíduo enquanto cidadão.

Quanto ao serviço de psicologia apenas duas pessoas informaram já ter utilizado. A maioria informou nunca ter utilizado por não precisar e demonstrava desinteresse e desinformação sobre este profissional caso precisasse. Como quase a totalidade demonstrou normalidade em ser diabético é até compreensível o desinteresse em relação às consultas psicológicas no enfrentamento da enfermidade. Os pacientes entrevistados não são estigmatizados por conta do diabetes. Embora a maioria dos pacientes tenha informado que não precisa de acompanhamento psicológico, a psicologia tem papel importante no tratamento de doenças crônicas como o diabetes, porém a assistência no posto não é impositiva, só é indicada caso o paciente demonstre necessidade.

O papel da psicologia consiste em trabalhar a aceitação e motivação do paciente, esclarecendo suas dúvidas, reestruturando suas crenças, sendo continente para seus medos, frustrações, expectativas e fantasias. Incentivando-o ampliar sua rede social, oferecendo suporte e acolhimento, transmitindo-lhe apoio, segurança e confiança. (LIMA, 2015, p. 80).

Os entrevistados na sua totalidade demonstraram satisfação em relação ao atendimento dos profissionais do posto, mas insatisfação em relação à falta de medicamentos, insumos e à demora na marcação de consultas e exames. A maior insatisfação com relação ao SUS era com a realização de exames, pois a sua grande maioria custa caro e sua realização através do SUS é muito difícil.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como o Diabetes Mellitus é uma doença crônica de difícil controle, as pessoas acometidas por ela precisam de políticas públicas eficazes que contemplem as suas necessidades. Políticas públicas e sociais necessitam, assim, ser criadas para atenderem este público, porém, não basta que as mesmas sejam elaboradas é necessário que sejam efetivadas para os cidadãos que a elas recorram. O Estado precisa efetivar os conjuntos de programas, ações e decisões que visam garantir aos diabéticos benefícios, serviços, atividades, projetos, dentre outros, de modo a que este público tenha atendimentos de qualidade e possa ampliar a sua qualidade de vida, sem que seja necessário recorrer a ações judiciais para ter seus direitos garantidos por lei.

O Sistema Único de Saúde é de suma importância para a população brasileira, nossa sociedade lutou muito por esta conquista, pois antes a saúde no país não era gratuita, só tinha direito a mesma quem podia pagar e quem trabalhava de carteira assinada. Quem estava à margem da saúde contava apenas com as Santas Casas de Misericórdia que realizavam atendimentos filantrópicos.

Com o surgimento do SUS, e conforme as suas diretrizes, saúde passou a saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado”. A saúde ofertada pelo SUS segue os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade a fim de ofertar um melhor atendimento aos seus usuários. Ao longo dos anos o SUS avançou e muito em relação a transplantes, no controle e tratamentos de doenças, dentre outros. Nesta perspectiva o SUS precisa ser fortalecido e ampliado para abarcar o maior numero de pessoas.

Infelizmente no governo atual é verificado o desmonte das políticas públicas e não sociais e não ampliação delas. Mas cabe à sociedade buscar a participação popular, “lutar e resistir” para que o SUS seja reestruturado, continue existindo e não seja extinto.

É preciso buscar o bem comum e coletivo através do voto, de audiências públicas, entre outros caminhos. É preciso uma mobilização popular para que ocorram melhoras significativas no campo da saúde e para o público diabético. O paciente diabético possui alguns direitos garantidos por lei, porém, para que os mesmos sejam efetivados é necessária ampla divulgação de informação para que as pessoas com DM, profissionais de saúde e a população de modo geral conheçam os direitos a serem conquistados pelos diabéticos.

Os profissionais de saúde possuem papel importante na divulgação de informações pertinentes à educação, tratamento e conscientização dos usuários quanto à garantia aos direitos dos cidadãos. Para que isso ocorra são necessárias mudanças de comportamento por parte do Estado, pois é sua responsabilidade conscientizar e disseminar informações a população. Embora os profissionais de saúde precisem assumir uma postura ética, reflexiva e humanizada em relação às informações transmitidas aos usuários diabéticos, a maior responsabilidade de garantia desse direito é do Estado.

Práticas de educação, informação, grupo de convivência, mudança de hábitos, apoio familiar são fatores indispensáveis no processo de cidadania para o diabético. Através dos processos educativos e de disseminação de informações o paciente com DM e sua família processam construção do conhecimento quanto a sua condição crônica e aos seus direitos enquanto cidadãos.

É importante salientar que existem diabéticos que realizam seu autocuidado, são independentes em relação a sua família. Verifica-se também a importância da família na vida do diabético, porém, ela não pode ser responsabilizada integralmente pelo processo de cuidados e saúde da pessoa com DM. Na atualidade a família se vê obrigada a adotar novas posturas com o capitalismo. Há momentos em que é preciso que o doente assuma totalmente os cuidados em relação a sua saúde, pois os integrantes da família trabalham fora, precisam ir à busca de seu sustento e por isso ficam impossibilitados de arcarem com os cuidados em relação ao doente. Atualmente, em função de diversas demandas não tem como grande parte das famílias assumirem a responsabilidade sozinha por seu doente, por outro lado, o Estado não pode se desresponsabilizar em relação à saúde dos cidadãos e atribuir tal tarefa exclusivamente a família. O Estado precisa cumprir as políticas públicas e de saúde que já estão postas, além de adotar uma postura de cuidado em relação aos doentes e suas famílias. Neste tocante as autoridades governamentais devem pôr em prática as políticas públicas existentes, que contemplam apoio aos diabéticos e suas famílias.

Os profissionais de saúde foram bastante solícitos em relação à pesquisa, porém foi notado um pouco de apreensão em relação ao questionário. É compreensível, pois na maioria das cidades do interior do país existem trabalhos temporários caracterizados pela precarização dos empregos. Como a maioria dos empregos são temporários fica o medo de pressões, perseguições e perda dos postos de trabalho.

Foi notado também o desconforto por partes dos profissionais em relação à falta de medicamentos e insumos. A restrição de tais benefícios é bastante comum e embora seja cobrada à Secretaria de Saúde regularização da distribuição de medicamentos e insumos pelos profissionais, os mesmos ficam impotentes em relação a esta situação, não podem fazer nada a não ser esperar pela redistribuição.

Os profissionais falaram sobre a importância do trabalho multidisciplinar, porém, o único atendimento de grupo realizado é com a equipe do NASF e nutricionista que segundo eles são insuficientes. Também informaram que as políticas públicas existentes e recursos financeiros são insuficientes e não atendem as necessidades dos diabéticos. E que deveria haver melhorias em relação a medicações, exames e atividades multidisciplinares. Os profissionais entrevistados informaram que há muito a ser melhorado no posto de saúde da Estação.

Cerca de 40% a 50% dos pacientes que são atendidos no posto são diabéticos, porém devido a uma mudança no calendário acadêmico e do próprio posto só foi possível realizar a pesquisa com apenas oito (8) pacientes e dois (2) funcionários.

O trabalho multidisciplinar realizado pelos profissionais de saúde é de suma importância, pois promove mudanças significativas no processo de saúde e enfrentamento das dificuldades decorrentes das doenças, além de ampliar de forma expressiva significativamente o convívio social do paciente. Infelizmente o acompanhamento multiprofissional com diversos profissionais não é a realidade da maioria dos diabéticos existentes no Brasil. Se os pacientes fossem acompanhados por diversos profissionais teriam maior qualidade de vida e menos complicações em relação ao diabetes. São necessárias políticas públicas voltadas para o trabalho multiprofissional com vista a melhorar o atendimento aos diabéticos. As ações voltadas para atenção aos diabéticos precisam seguir os princípios da integralidade, universalidade e da equidade, de modo a atender as necessidades da pessoa com DM para que a mesma tenha direito a saúde e mais qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. **Saúde Pública**. vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. 1997.

BARROS, L. **Políticas públicas de saúde voltadas para diabetes precisam focar na prevenção, diz estudo**. Disponível: [http://www2.ufopa.edu.br/ufopa/divulgacao\\_cientifica/politicas-publicas-de-saude-voltadas-para-diabetes-precisam-focar-na-prevencao-diz-estudo](http://www2.ufopa.edu.br/ufopa/divulgacao_cientifica/politicas-publicas-de-saude-voltadas-para-diabetes-precisam-focar-na-prevencao-diz-estudo), 2017. Acesso em: 09/11/2018.

BARROS, M. B. A. et al. **Tendência das desigualdades sociais de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008**. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php>. 09/11/2018.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, Campus, 1992. Pag. 25.

BORIELO, G. **Brasil é o quarto país com o maior número de diabéticos do mundo**. **R7, 2018**, Organização Mundial de Saúde (OMS).

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br>, Rio de Janeiro, 2001. Acesso em: 14/06/2019.

BURD, M. **O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus**. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=147](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=147), Jan/Mar – 2006.

CAMPOS, G.W. de S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em. Acesso em: 08/03/ 2018.

CARVALHO, G. **O tudo para todos em saúde no Brasil**. Disponível em: [http://www.unidas.org.br/institucional/arq\\_congresso/DrGilsonCarvalho.pdf](http://www.unidas.org.br/institucional/arq_congresso/DrGilsonCarvalho.pdf). Acesso em: 21/07/2019.

**Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil**. *Rev. Adm. Pública* vol.40 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2006.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Diário Oficial da União**. Brasília, 5, outubro de 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil](http://www.planalto.gov.br/ccivil). Acesso: 07/08/2018.

**De fácil tratamento, disfunção erétil não precisa ser tabu 01/11/2012**. Disponível em: <https://www.h9j.com.br/suasaude/paginas/De-f%C3%A1cil-tratamento>

disfun%C3%A7%C3%A3o-er%C3%A9til-n%C3%A3o-precisa-ser-tabu.aspx. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

DELOROSO, F.T. **Avaliação da aptidão física em diabéticos submetidos a programa de atividade física:** repercussões sobre domínios e facetas da qualidade de vida. 2004. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

**Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** São Paulo, SP – Brasil.

**Diabetes: duas pessoas têm membros amputados por dia na Bahia.** Por *Jorge Gauthier*. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/diabetes-duas-pessoas-tem-membros-amputados-por-dia-na-bahia/>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

Disponível em <https://www.significados.com.br/diabetes/>. Acesso: 24 de janeiro de 2020

Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-lei-8080-de-19-de-setembro-de-1990/4769>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

FARIA, A. P. S; BELLATO, Roseney. **A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus.** Ver. Esc. Enferm. USP, Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/), 2009. Acesso em: 07/08/2018.

FERNANDES, C. A. M. et al. **A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2.** Acta Sci, Health Sci., Maringá, V. 27, n. 2, p. 195 – 205, 2005.

FERREIRA, M. A. **O corpo no cuidado de Enfermagem:** Representante de Clientes Hospitalizados. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

FRANCIONI, F. F; SILVA, D. G. V. **O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de grupo de convivência.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan – Mar, 2007.

GAZZINELLI, M. F. et al. **Educação em saúde:** conhecimento, representações sociais e experiências da doença. Disponível em: <https://www.scielo.org>, jan-fev, 2005.

GÓES, A. P. P. **Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social.** Disponível em [https://www.redalyc.org/pdf/4060/4\\_06038921005.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/4060/4_06038921005.pdf), 2007.

GUIDONI, C. M. et al. **Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde:** análise do modelo atual. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502009000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005) São Paulo Jan./Mar. 2009.

**HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf> UNIC / Rio / 005 - Agosto 2009.

LIMA, S. M. **Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes.** Revista.hupe.uerj.br, v.14, n.4, out-dez/2015.

**MASSI, V. Como funciona a compra de medicamentos pelo sus. Postado em Varejo Farmacêutico - 17389.** Disponível em: <https://www.ictq.com.br/varejo-farmacautico/826-como-funciona-a-compra-de-medicamentos-pelo-sus>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

MATTOS, M, MARUYAMA, S.A.T. **A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise**. Rev. Eletr. Enf. Cuiabá. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33253/17589>, 2009.

MATTOS, M; MARUYAMA, S. A. T. **A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise.** Disponível em: [WWW.fen.ufg.br/revista/v11n4/v11n4a23.htm](http://WWW.fen.ufg.br/revista/v11n4/v11n4a23.htm), 2009.

MATYOS, M e MARUYAMA, S. A. **A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise**. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33253/17589>. Mato Grosso, 2009.

MEDICI, A. C. **Breve considerações sobre a relação entre direito sanitário e financiamento à saúde no Brasil.** In: SANTOS, L. Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes. P. 243-78, 2010.

MEDICI, A. C. **Integralidade da assistência.** A questão do direito individual e as escolhas em nome do coletivo. Disponível em: [http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/406\\_Andre%20Medici.pdf](http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/406_Andre%20Medici.pdf). Acessado em 2010.

MEDICI, A. C. **Judicialização, integralidade e financiamento da saúde.** Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com/>, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. **Saúde soc.** vol.28 nº.2 São Paulo Apr./June 2019 Epub July 01, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n2/111-123///doi.org/10.1590/S0104-12902019180474> Acesso em: 22 de janeiro de 2020.

MOREIRA, R. O. et al. **Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática.** Disponível em: <http://www.scielo.br>, São Paulo, 2003.

NORONHA, J.C, PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>, 2013. Acesso em: 21/05/2019.

NORONHA, J.C, PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Rio de Janeiro, 2013.



NOTÍCIAS, S. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. São Paulo, 2004.

O neoliberalismo é a tendência atualmente dominante na ordem econômica internacional, com a defesa do Estado Mínimo. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-neoliberalismo.htm> Por Me. Rodolfo Alves Pena. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, A.L. DE **Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos, nº 61 Ano 27, número 1, 2012. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/diabetes>. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores Para Condições Crônicas**. Componentes Estruturais de Ação: relatório mundial. Disponível em: [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte\\_001.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf). Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_cronico\\_degenerativas\\_obesidade\\_estrategia\\_mundial\\_alimentacao\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_cronico_degenerativas_obesidade_estrategia_mundial_alimentacao_atividade_fisica.pdf). Brasília, 2003. Acesso em: 10/05/2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Disponível em: <https://books.google.com.br>, 2009. SENADO. A.

PAIM, J.S, **O que é o SUS**, Rio de Janeiro. Disponível em: [https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/188199/mod\\_resource/content/1/PAIM\\_2014.pdf](https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/188199/mod_resource/content/1/PAIM_2014.pdf), 2009. Acesso em: 21/04/2019.

**Percentual de mulheres de Salvador com diagnóstico de diabetes aumenta 45,4% em 11 anos, aponta pesquisa**. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/percentual-de-mulheres-de-salvador-com-diagnostico-de-diabetes-aumentou-454-em-11-anos-aponta-pesquisa.ghtml>. Acesso: 02 de janeiro de 2020.

PEREIRA, S. O. **Reabilitação de Pessoas com Deficiência Física no SUS: Elementos para um Debate sobre integralidade**. Salvador, março, 2009.

PÉRES, D. S. et al. **Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes 2**. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 10/09/2018.

PINHEIRO, R. et al. **Cultura do Cuidado e o Cuidado na Cultura: Dilemas, Desafios e Avanços para Efetivação da Integralidade em Saúde no Mercosul**. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/cultura-do-cuidado-e-o-cuidado-na-cultura-dilemas-desafios-e-avancos-para-efetivacao-da-integralidade-em-saude-no-mercosul/4751>, Rio de Janeiro, 2014.

PINHEIRO, R. et al. **Práticas de apoio e a integralidade no SUS por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Pr%C3%A1ticas-de-Apoio-e-a>

Integralidade-no-SUS-por-estrat%C3%A9gia-de-rede-multic%C3%AAntrica-de-pesquisa.pdf. 1ª edição / agosto 2014.

PINHEIRO, R. et al. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por estratégia de rede multicêntrica de pesquisa.** Disponível em: <https://lappis.org.br/site/praticas-de-apoio-e-integralidade-no-sus-por-estrategia-de-rede-multicentrica-de-pesquisa/4690>, Rio de Janeiro, 2014.

PINHEIRO, R. et al. **Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado.** Disponível em: <https://lappis.org.br/site/download-gratuito-do-livro-vulnerabilidades-e-resistencias-na-integralidade-do-cuidado/4310>, Rio de Janeiro, 2017.

PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia, atividade física e saúde.** Disponível: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489>. Brasília. V. 10, julho, 2002. Acesso em: 02/08/2018.

POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE DIABETES PREVÊ CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/15/politica-nacional-de-prevencao-de-diabetes-preve-campanhas-de-conscientizacao>, 2019.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL. **Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006:** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 27, Setembro 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/L11347.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11347.htm). Acesso: 25/03/2019.

RIQUE, A.B.R. et al. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares.** <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v8n6/v8n6a06.pdf>. Rev. Bras. Med. Esp. São Paulo, 2002.

ROCHA, M. R. et al. **Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético.** Acta Paul Enferm. 2009.

RODRIGEUS, A. **Política Nacional de Prevenção de Diabetes prevê campanhas de conscientização, 2019.**

RODRIGUES, F. F. L. et al. **Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus.** Acta Paul Enferm, 2012.

RODRIGUES, F. F. L. et al. **Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus.** São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2>, 2012. Acesso em: 11/09/2019.

SALCI, M. A. et al. **Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas<sup>1</sup>.** Disponível em [https://www.redalyc.org/pdf/2814/2\\_81449566029.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/2814/2_81449566029.pdf) Acesso em 2017. Acesso em: 20/10/2018.

SANTOS, B. et al. **Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus.** Ver. Bras. Enferm. Brasília, Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267022214022.pdf>, 2011. Acesso em: 22/10/2019.

SANTOS, E. C. B. et al. **A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: coo-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários.** [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net), Jul-Set, 2011.

SANTOS, E. C. B. et al. **A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE COM DIABETES MELLITUS: CO-ERSPONSABILIDADES ENTRE PODER PÚBLICO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS.** *Texto Contexto Enf.* Florianópolis. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71421157006.pdf> , Jul-Set 2011. Acesso em: 10/06/2019.

SANTOS, E. C. B. et al. **Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus.** <https://www.redalyc.org/pdf/>, set-out, 2011.

SANTOS, E. C. B. et al. **Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a23v64n5.pdf>, 2011. Acesso em: 12/12/2018.

SANTOS, J. V. **A contaminação do SUS pela fragilidade da atenção básica e má formação de médicos.** Entrevista com José Gomes Temporão. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/539065-a-contaminacao-do-sus-pela-fragilidade-da-atencao-basica-e-ma-formacao-de-medicos-entrevista-especial-com-jose-gomes-temporao>, 2015.

SANTOS, J. V. **SUS é mais do que uma política de saúde pública.** Entrevista especial com Jairnilson Paim. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/581727-sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-entrevista-especial-com-jairnilson-paim>, 2018.

SANTOS, L. **O direito à saúde no Brasil.** Capinas: Saberes, 2010.

SANTOS, M. A. et al. **Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, Disponível em: [WWW.scielo.br/reeusp](http://www.scielo.br/reeusp), 2011.

SANTOS, M. T. **Número de brasileiros com diabetes aumentou 31% nos últimos dois anos.** *Chat\_bubb\_outlinemore\_horiz*. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/numero-de-brasileiros-com-diabetes-aumentou-31-nos-ultimos-dois-anos/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

SARGAÇO, R. A. **Assistência Multidisciplinar para o Atendimento aos Pacientes Diabéticos Internados.** Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/apresentacao-rubens.pdf>, o material em questão não contém ano. Acesso em: 10/06/2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **O que é o Conselho Municipal de Saúde.** Disponível em [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho\\_municipal/index.php?p=6031](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/index.php?p=6031). Acesso: 10 de fevereiro de 2020.

SEGRE, M. ; FERRAZ,F. C. **O conceito de saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.5, pp.538-542. ISSN 0034-8910. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SILVA, D. N. "**Constituição de 1988**"; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/constituicao-1988.htm>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

SILVA, S. E. D. et al. **Meu corpo dependente**: representações sociais de pacientes diabéticos. Ver. Bras. Enferm, Brasília. Maio-jun. 2010.

**Sociedade Brasileira de Diabetes**. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro, 2007.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1> Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001. Acesso em: 01/02/2019.

TEIXEIRA, C. R. S; ZANETTI, M. L. **O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos**. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267019617018/>, 2006.

THAINES, G. H. L. S. et al. **A BUSCA POR CUIDADO EMPREENDIDA POR USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS - UM CONVITE À REFLEXÃO SOBRE A INTEGRALIDADE EM SAÚDE**. Texto Contexto Enf. Florianópolis. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a07>, Jan-Mar2009. Acesso em: 12/06/2019.

THAINES, G. H. L. S. et al. **A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus** - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, Jan-Mar, 18(1): 5766, 2009.

VIANA, A. L. A. et al. **Política de saúde e equidade**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010288392003000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). São Paulo. Jan/Mar. 2003. Acesso em: 25/07/2019.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>. 1991. Acesso em: 11/11/2019.