



Especialização em  
**GESTÃO  
PÚBLICA  
MUNICIPAL**

**Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE**  
Unidade Acadêmica de Educação a Distância e Tecnologia

O acolhimento humanizado como política pública de atendimento a crianças e adolescentes acometidos de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 na cidade de Serra Talhada/PE.

Fabiano Torres Lins Gomes

Tabira  
2022

FABIANO TORRES LINS GOMES

O acolhimento humanizado como política pública de atendimento a crianças e adolescentes acometidos de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 na cidade de Serra Talhada/PE.

Monografia apresentada junto à Unidade de Educação a Distância e Tecnologia – EADTec/UFRPE como requisito parcial para conclusão da Especialização em Gestão Pública Municipal.

Orientador: MSC. Prof. Rodrigo Dannel da S. Alexandre.

Tabira  
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Sistema Integrado de Bibliotecas  
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- G633a Gomes, Fabiano Torres Lins  
O acolhimento humanizado como política pública de atendimento a crianças e adolescentes acometidos de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 na cidade de Serra Talhada/PE / Fabiano Torres Lins Gomes. - 2022.  
63 f. : il.
- Orientadora: Rodrigo Danniel da Silva Alexandre.  
Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).
- Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Especialização em Gestão Pública Municipal, Recife, 2022.
1. Diabetes Mellitus Infantil. 2. Humanização Infantil no Tratamento da Diabetes. 3. Acolhimento Humanizado. 4. Políticas Públicas. 5. Direito a Saúde Infantil. I. Alexandre, Rodrigo Danniel da Silva, orient.  
II. Título

# FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiano Torres Lins Gomes

O acolhimento humanizado como política pública de atendimento a crianças e adolescentes acometidos de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 na cidade de Serra Talhada/PE.

Monografia apresentada junto à Unidade de Educação a Distância e Tecnologia – EADTec/UFRPE como requisito parcial para conclusão da Especialização em Gestão Pública Municipal.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

**MSC. Rodrigo Dannel da S. Alexandre - UFRPE**  
Presidente e Orientador(a)

---

**Nome do(a) examinador (a) (sigla da instituição)**  
Examinador(a)

---

**Nome do(a) examinador (a) (sigla da instituição)**  
Examinador(a)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir estar vivo durante esse período pandêmico, por ter conseguido vencer mais um de tantos obstáculos que a vida me impôs e poder correr atrás dos meus ideais. A família que tenho, pois, cada um tem um papel fundamental na minha vida e representa tanto que não tem como expressar em palavras o quanto sou feliz por isso, principalmente aquelas que são tão próximas que mesmo quando estão distantes conseguem nos fazer tão bem com palavras de aconselhamento. Minha esposa Rossana, uma verdadeira companheira e parceira de vida em todos os sentidos, me apoiou sempre em todos os passos e nas vezes que pensei em desistir continuava me incentivando e me fortalecendo. Serei grato por toda minha vida a ela e nada do que eu fizer acho que vai ser o suficiente para retribuir. Aos meus pais, mesmo que distantes, tenho a felicidade de tê-los, José Gomes Sobrinho e Maria Ilca. Sou muito grato também pela confiança que me foi colocada pelo meu orientador, o Professor Rodrigo Dannel que sempre esteve pronto para me ajudar. Aos meus amigos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde em especial as Sras. Lisbeth Rosa, Rita de Kássia Carvalho e as Enfermeiras das USF's. Espero poder contribuir cada vez mais na vida de cada um, assim como na sociedade de um modo geral com a profissão que escolhi, beneficiando, sobretudo a parcela mais carente de Serra Talhada, e a todo Nordeste brasileiro que ainda sofrem com necessidades básicas como a saúde, e que eu consiga de alguma forma poder atuar mais como Gestor praticando de forma a satisfazer a toda sociedade, atuando e observando os princípios constitucionais da nossa nação.

## RESUMO

Este trabalho versa sobre a temática do acolhimento humanizado. Que é um dispositivo da Política Nacional de Humanização que garante acesso universal, informação, resolutividade, encaminhamento e construção de vínculos entre usuários e profissionais do SUS, na estratégia da família da atenção básica. Voltada ao atendimento de crianças e adolescentes acometidas por Diabetes Mellitus Tipo 1 nas unidades de saúde da família na área urbana do Município de Serra Talhada, Pernambuco. Diante desse fato, torna-se necessária a discussão, a análise e propor melhoras no acolhimento sendo este considerado como um dos atores principais de tratamento digno a essas crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde e assim ofertar serviços de qualidade a esses usuários, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e conforme a Política Nacional de Humanização. Estabeleceu-se como objetivo geral, implantar ou aperfeiçoar o atendimento humanizado como apoio na Estratégia Saúde da Família (ESF). Metodologicamente, o estudo caracteriza-se como pesquisa tipo qualitativa, descritiva e exploratória. Objetivou-se conhecer a realidade da prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da família no município. Os participantes deste estudo foram as Enfermeiras das USF`s e tutores de crianças e adolescentes da zona urbana do município de Serra Talhada/PE. Os resultados obtidos indicam que a prática do acolhimento é deficitária e algumas delas estão desvinculadas dos preceitos que norteiam o acolhimento e a humanização da atenção aos usuários.

Palavras-chaves: Acolhimento, Humanização, Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

This work deals with the theme of humanized reception. Which is a device of the National Humanization Policy that guarantees universal access, information, resolution, referral and construction of bonds between users and professionals of the SUS, in the family strategy of primary care. Aimed at the care of children and adolescents affected by Type 1 Diabetes Mellitus in family health units in the urban area of the Municipality of Serra Talhada, Pernambuco. Given this fact, it is necessary to discuss, analyze and propose improvements in reception, which is considered as one of the main actors of dignified treatment for these children and adolescents by health professionals and thus offer quality services to these users, following the principles of the Unified Health System and in accordance with the National Humanization Policy. It was established as a general objective, to implement or improve humanized care as a support in the Family Health Strategy (ESF). Methodologically, the study is characterized as a qualitative, descriptive and exploratory research. The objective was to know the reality of the reception practice in the Family Health Units in the municipality. The participants of this study were the nurses of the USF's and tutors of children and adolescents in the urban area of the municipality of Serra Talhada/PE. The results obtained indicate that the practice of reception is deficient and some of them are disconnected from the precepts that guide the reception and humanization of care for users.

Keywords: Reception, Humanization, Public Policies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	9
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	12
<b>4 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS</b> .....	13
4.1 Objetivo Geral. ....	13
4.2 Objetivos Específicos. ....	14
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
5.1 Sistema Único De Saúde – SUS. ....	14
5.2 Compreendendo o SUS. ....	15
5.3 Epidemiologia.....	18
5.4 Política Municipal de Recursos Humanos em Saúde – PMRHS.....	19
5.5 A Política Nacional de Humanização como Política de Saúde Pública. ....	20
5.6 O Acolhimento à Criança e ao Adolescente. ....	23
5.7 A Teoria do Cuidado de Jean Watson .....	25
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	26
6.1 Descrição do Município de Serra Talhada/PE. ....	26
6.2 Dados da pesquisa, população e amostra de estudo. ....	27
6.3 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa. ....	29
6.4 Resultados e Discussão. ....	30
6.5 Resultados com Base nos Questionários. ....	32
6.6 Discussão e aplicação do questionário direcionado aos profissionais do SUS, especificadamente às Enfermeiras das USF's. ....	32
6.7 Discussão e aplicação do questionário direcionado a Crianças e aos Adolescentes especificadamente aos pais ou tutores. ....	44
6.8 Diagnóstico situacional e a possibilidade de Intervenção e criação de Política Pública de Acolhimento e Humanização nas USF's de Serra Talhada/PE.....	50
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>APÊNDICE I</b> .....	61
<b>APÊNDICE II</b> .....	62



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o perfil epidemiológico brasileiro vem se moldando de forma rápida. E as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vem assumindo um papel de destaque entre as causas de morbimortalidade, como por exemplo o crescimento de casos de Diabetes Mellitus Tipo 1 em Crianças e Adolescentes. A essas, somam-se aos conhecidos problemas de saúde pública, interligados a precariedade das condições de vida; à degradação ambiental, desigualdade social, além do surgimento de doenças infecciosas de grande magnitude, como a COVID 19, Gripe N3H1, Dengue, Chikungunya, etc. Assim, diante de todos esses problemas, a saúde pública, principalmente a atenção básica primária precisa melhorar suas estruturas de forma a receber melhor o cidadão, com qualidade e solução.

Assim, para o alcance de melhorias, sejam elas estruturais e até mesmo de acolhimento, torna-se interessante a realização de pesquisas, sobre melhoramentos e reflexões para implantação do acolhimento nos serviços de saúde. Apesar de todas as conquistas e avanços do SUS, pode-se afirmar que ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços relacionados ao modo de acolhimento ao usuário nos serviços de saúde pública. Pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria, depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dada à prevalência e relevância do tema na população infanto-juvenil, sem em entrar no mérito das questões psicológicas pós pandemia, o presente estudo discutirá a problemática do tratamento fazendo-se necessário uma abordagem direcionada à melhoria da qualidade do atendimento e acolhimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 acometidos por crianças e adolescentes até os 18 anos na área urbana da cidade de Serra Talhada, no Estado de Pernambuco

A DM1 vem se apresentando como um importante problema de saúde pública. Os fatores relacionados ao seu surgimento nos quadros da epidemiologia mundial surgem de várias dimensões e de diversas abordagens complexas. O modo de vida da sociedade advindas da urbanização, principalmente nos países em desenvolvimento, são os principais aspectos

relacionados ao aumento da incidência do diabetes e de um conjunto de doenças crônicas não transmissíveis (ZIMMET, 2001; PALLONI, PELÁEZ, 2003).

Com o lançamento da Política Nacional de Humanização – PNH pelo SUS em 2004, emergiram novas perspectivas e possibilidades de melhorias e evolução para o atendimento dos usuários que dependem dos serviços de saúde. De forma geral, todos os equipamentos de saúde precisaram implantar novas práticas no atendimento pessoal de quem procura esses serviços possibilitando que estes sejam acolhidos da melhor maneira possível. Em virtude disso, o acolhimento quando está presente no ambiente da saúde, este torna-se mais agradável possibilitando uma edificação nas relações de confiabilidade entre o paciente, o profissional e os programas de ofertas de serviços. Nesse sentido o acolhimento humanizado contribui para construção de uma cultura de solidariedade para garantir a legitimidade do sistema público de saúde (BRASIL 2010, p.3).

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar e identificar dificuldades para implantar ou aperfeiçoar o atendimento humanizado como política pública de apoio na Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo caracteriza-se como pesquisa tipo qualitativa, indutiva descritiva e exploratória. Assim, conhecer a realidade da prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da família no município e a partir dos resultados, apresentar sugestões para o aperfeiçoamento ou implementação de políticas de Atendimento Humanizado nas Unidades da Saúde da Família – USF no município de Serra Talhada/PE. O trabalho se organiza em referencial teórico, metodologia, resultados com base nos questionários e considerações finais.

## **2 PROBLEMA DE PESQUISA**

Na América Latina, 127,2 mil crianças e adolescentes convivem com a DM1. E o Brasil é o país que mais se destaca em números de registros da doença, já são 95.5 mil casos e no ranking mundial, o país fica em terceiro lugar, perdendo só para os Estados Unidos e a Índia. Esses números foram divulgados em 2019 pela 9º IDF Diabetes Atlas, Federação Internacional da Diabetes (Uma organização que congrega associações especializadas na doença em 168 países), antes da Pandemia de COVID-19. Segundo dados da Federação, aponta que 1,1 milhão de Crianças e Adolescentes até 20 anos têm o Tipo 1 da

doença no mundo, e a estimativa é de que o aumento anual da doença seja em torno de 3% de casos. Embora, como dito acima, na América Latina o país com mais registros seja o Brasil, e no ranking mundial o terceiro, no entanto, esses números não demonstram maiores incidências da doença entre os brasileiros; de acordo com a IDF, a posição do Brasil entre os primeiros do ranking mundial da doença, se deve ao tamanho de sua população.

O relatório da Federação Internacional da Diabetes - IDF constata ainda que, cerca de 98,2 mil crianças e adolescentes com menos de 15 anos são diagnosticados com DM1 a cada ano. O número aumenta pela metade, para 128,9 mil quando a faixa etária desse grupo se estende até os 20 anos de idade e que há evidências de que o diabetes tipo 2 mais frequente em adultos, também esteja aumentando entre crianças e adolescentes. No entanto, não há dados estatísticos confiáveis que sustentem essa informação.

Nos últimos 10 anos, a prevalência de diabetes tipo 1 aumentou 14 vezes em crianças e adolescentes. Nesse grupo, é a doença crônica endocrinológica mais frequente e a segunda ou a terceira doença crônica pediátrica, dependendo da população" O IDF, relata ainda em seu relatório anual, que esse fenômeno "é motivado por uma complexa interação entre fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos (LIBERATORE JÚNIOR, 2019). Ainda o autor esclarece que as causas exatas ainda são totalmente desconhecidas, mas hipoteticamente existem teorias: "A principal é o aumento do peso da população".

Para se ter ideia da dimensão do problema no Brasil, em 2018 foi realizada a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas via contato Telefônico a (Vigitel), do Ministério da Saúde, que revela que a obesidade cresceu 67,8% nos últimos treze anos, saltando de 11,8% da população em 2006 para 19,8% em 2018. Na mesma pesquisa, constatou-se que se tratando de crianças com idade entre 5 e 9 anos, apontaram que 3 a cada 10 estão com sobrepeso. A Vigitel ainda reforça que: "A obesidade é o fator de risco mais importante para o diabetes tipo 2, porque gera uma situação de resistência à ação da insulina, ou seja, o corpo não consegue usá-la para controlar adequadamente os níveis de açúcar no sangue".

Na DM1, Melo (2019), esclarece que "Em uma criança que já tenha predisposição genética para a enfermidade, o excesso de peso pode deflagrar a reação imune à insulina ou de forma mais precoce ou mais intensa", assim, a

ação do excesso de peso se dá de forma indireta. Para Liberatori Júnior (2019), a predominância do DM-1 em crianças e adolescentes segundo ele, é a teoria (ou hipótese) da higiene. Teoria essa apresentada pelo médico inglês David Strachan, que em 1989 sugere que os sistemas imunológicos das crianças devem ser estimulados desde cedo, por não terem contato com micro-organismos presentes no meio ambiente e viverem em espaços extremamente limpos e estéreis, sendo mais propensos a desenvolver algumas patologias. "Isso faz com que se contraiam menos doenças infecciosas e se produzam menos anticorpos contra o meio externo. Aí, como o sistema imune não tem inimigos fora, ele começa a destruir a parte de dentro, atacando o próprio organismo".

De acordo com o Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, e diante desses números, a doença é crescente e silenciosa. E o Sistema Único de Saúde - SUS, não tem dado resposta a essas crianças e jovens cidadãos através de Políticas Públicas que visem um correto acolhimento e acompanhamento a esse problema crônico de saúde pública nos municípios. De forma geral, adolescentes, crianças e seus familiares ou responsáveis ao procurarem os órgãos da saúde pública municipal, se deparam quase sempre com despreparo no atendimento inicial para compreender o que está havendo com a saúde deles.

Em sua grande maioria vem passando por um momento de certo nível de vulnerabilidade financeira, somados a sensibilidade, insegurança ligados a um fragilizado estado emocional. A ausência de receptividade, amparo, fraternidade e afetuosidade por parte de alguns profissionais do SUS aos que vão em busca de apoio médico necessários, reflete de forma negativa na obtenção do sucesso do tratamento, assim, o acolhimento faz sua função social, tornando-se crucial desde o primeiro contato no âmbito do SUS Municipal.

Para Trindade (2010), não existe mais espaço para aqueles funcionários que em horário de trabalho ficam batendo papo, lendo revistas, teclando ao celular, resolvendo assuntos pessoais, conversando com outros funcionários e colegas, enfim, colocando o usuário esteja em segundo plano, tendo que esperar a boa vontade do funcionário para atendê-lo. Isto corrobora para que os serviços prestados por eles sejam de má qualidade, implicando em um atendimento ineficaz, bem como um atendimento não acolhedor e nem humanizado ao usuário.

O maior desafio do exercício do acolhimento humanizado na Estratégia da Saúde da Família é a implantação do modelo usuário-centrado, focando na prevenção e na democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter, pois ainda predomina o modo médico-centrado, onde o médico indo contra as propostas da Política Nacional de Humanização (CAMPOS, 2006).

Em 2006, foi consolidada uma Lei específica sobre a Diabetes. Trata-se da Lei Federal de nº 11.347 (assinada em 27 de setembro de 2006 pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva) determina que os pacientes com diabetes recebam, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde – SUS, os medicamentos necessários para o tratamento, bem como os insumos e materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia, como fitas reagentes para o controle adequado do Diabetes. De acordo com a Lei, para ter este direito é preciso estar inscrito em algum programa de educação especial em diabetes. Mas o problema é que esta não tem se mostrado eficiente quando o assunto é executá-la.

Assim, melhorar o acolhimento oferecidos pelos profissionais do SUS às crianças e adolescentes acometidos pela DM1 nos municípios, torna-se essencial para que eles possam melhorar e tratar com carinho um público que vem em busca de socorro e orientação, para que possam ajudá-los a resgatar a autoestima e direcioná-los a uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto, questiona-se: se existe algum vício no acolhimento durante o processo de tratamento nas crianças e adolescentes acometidos pela DM1 no Município de Serra Talhada/PE.

Seguindo nessa mesma direção, de acordo com as informações supracitadas, manifesta-se a seguinte problemática: Quais as dificuldades para implantação ou aperfeiçoamento do atendimento humanizado ofertado pelo SUS no acolhimento de Crianças e Adolescentes acometidos de DM1 nas Unidades da Saúde da Família – USF's da zona urbana no Município de Serra Talhada/PE?

### **3 JUSTIFICATIVA**

Para a justificação do problema, levou-se em consideração a possibilidade de um desenvolvimento de um trabalho de pesquisa que venha a

orientar o gestor da Saúde Municipal da Cidade de Serra Talhada/PE, a instituir ou aprimorar política pública de Acolhimento e Atendimento Humanizado para crianças e adolescentes acometidos de DM1. A baixa existência de artigos ou pesquisas acadêmicas no tocante a doença em crianças e adolescentes, viabilizou a elaboração de um projeto de pesquisa sobre esse tema.

Esta lacuna acadêmica motivou o projeto, importante ressaltar o vínculo que o autor possui com o tema. Através de seu ofício, como profissional do SUS, dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada/PE, na observação de alguns casos que foram relatados por pais de crianças e adolescentes portadoras de DM1. A solução para o problema do acolhimento humanizado ao público infanto-juvenil é importante para saúde pública municipal, principalmente na atenção básica. Pois a pesquisa promove a propagação do tema, criando e estabelecendo métodos e critérios de gestão básicos para o acolhimento humanizado para esse público.

Como se trata trabalho de pesquisa inédito a tratar sobre o Acolhimento Humanizado de Crianças e Adolescentes acometidos pela Diabetes Mellitus tipo 1, acreditamos que esse trabalho de pesquisa venha incentivar atuais e futuros gestores, profissionais do SUS, alunos e professores da área de saúde a se interessarem pela exploração de um tema em constante crescimento em muitos lares da cidade de Serra Talhada/PE.

Orientar a todos, desde a abordagem pelos atendentes, passando pela equipe de serviços gerais, motoristas, até a ponta - os médicos, bem como valorizá-los, estruturá-los e assim, definir metas para alcançar a excelência no atendimento e satisfação dos pais, responsáveis e pelos demais usuários do SUS na Saúde Pública do Município de Serra Talhada/PE. Outrossim, a decisão de definir política pública de Atendimento Humanizado nas Secretaria Municipal de Saúde, vem em seu bojo a necessidade constante de fiscalização e avaliação pelo seu RH junto a gestão a fim de se verificar, se os níveis de qualidade praticados por esses profissionais são adequados ou não.

## **4 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS**

### **4.1 Objetivo Geral.**

Analisar/identificar as dificuldades para implantação ou aperfeiçoamento do atendimento humanizado ofertado pelo SUS no acolhimento de Crianças e Adolescentes acometidos de Diabetes Mellitus tipo 1 nas Unidades da Saúde da Família – USF´s da zona urbana no Município de Serra Talhada/PE.

#### **4.2 Objetivos Específicos.**

a) identificar nos departamentos e os meios de conhecimento aos quais os servidores têm sobre o Atendimento Humanizado direcionado às Crianças e Adolescentes acometidos de Diabetes Tipo 1 no âmbito das Unidades da Saúde da Família – USF da zona urbana no Município de Serra Talhada/PE.

b) compreender e entender as fontes e causas que interferem na prática e aplicação do Atendimento Humanizado pelos profissionais das Unidades da Saúde da Família – USF no Município de Serra Talhada/PE.

c) a partir dos resultados, apresentar sugestões para o aperfeiçoamento ou implementação de políticas de Atendimento Humanizado nas Unidades da Saúde da Família – USF, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde no Município de Serra Talhada/PE.

### **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **5.1 Sistema Único De Saúde – SUS.**

Conforme o portal do médico Dráuzio Varella, relata que antes de 1988, ou seja, antes do Sistema Único de Saúde - SUS ser criado, a saúde pública era organizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1977. Todavia, o sistema à época não oferecia acesso universal à saúde para todos, pois, somente quem trabalhava em empregos formais ou com carteira assinada e contribuíssem com a Previdência Social eram atendidos, deixando o restante da população fora do sistema. Assim, quem não tinha dinheiro para custear sua saúde, dependiam de casas de caridade ou de filantropia.

O INAMPS foi criado durante o regime militar em 1977, autarquia federal, instituída pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), estabelecendo um novo modelo institucional para

o sistema previdenciário. O novo modelo transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. Sendo a assistência médica aos segurados atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, permanecendo no atual INPS – Instituto Nacional de Previdência Social apenas a competência para a concessão de benefícios (CORDEIRO,1991).

Em 1993 o INAMPS foi extinto, pela Lei nº 8.689, e todas competências foram transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde-SUS, criado pela Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde e a unificação e descentralização aos estados e municípios que de meros executores de políticas centrais passaram a ser os grandes protagonistas pela gestão dos serviços de saúde no país. (GUIMARÃES & R TAVARES,1994).

## **5.2 Compreendendo o SUS.**

A Constituição Cidadã, assim ficou conhecida a Constituição Federal de 1988, determinou em seu Art. 196, ser “dever do Estado garantir saúde” a toda a população brasileira. Dessa forma, todos os cidadãos nascidos no território brasileiro, têm direito aos serviços de saúde gratuitos. Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e completamente gratuita.

Art. 196 CF - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nas palavras de Santos (2013), o SUS foi criado em 1988, mas só no ano de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que minuciosamente deu início ao funcionamento do Sistema. O SUS foi o resultado de um longo processo de lutas nos anos 70 e 80, quando movimentos de diversos grupos se uniram e criaram o movimento sanitário, com o intuito de



idealizar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde.

De acordo com Souza (2002), o SUS é financiado com recursos que vem da Seguridade Social, verbas do tesouro nacional e do orçamento da união que é destinado à saúde. Todos estes recursos juntos constituem o Fundo Nacional de Saúde que atualmente é administrado pelo Ministério da Saúde, controlado e fiscalizado pelo Conselho Nacional de Saúde. Possuem gestão Tripartite, ou seja, são administrados pelos governos Federal (Alta Complexibilidade), Estadual (Média e Baixa Complexibilidade) e Municipal (Atenção Básica), e na forma Bipartite entre os Estados e Municípios.

O SUS também será auxiliado e complementado pela iniciativa privada e conjuntamente por organizações sociais, ONG, etc. Com o objetivo de garantir o oferecimento de serviços de saúde gratuitos e igualitário a qualquer cidadão. SOUZA (2002), ressalta ainda que o SUS é edificado por princípios basilares doutrinários a ser seguidos por todos os entes federativos, sejam eles:

- **da Universalidade:** é a garantia do acesso à atenção à saúde, por parte do sistema, a toda e qualquer pessoa. Antes desse princípio, o acesso aos serviços de saúde só era garantido apenas às pessoas que contribuem para a previdência social. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Sejam eles no âmbito municipal, estadual ou federal.

- **da Equidade:** é assegurado a qualquer pessoa, ações e serviços de todos os níveis de complexidade que cada caso necessite, onde quer que more dentro do Território Nacional. Assim, toda pessoa é igual perante o SUS e este será atendido em toda sua necessidade até o limite máximo o sistema possa oferecer.

- **da Integralidade:** visa, que as ações e serviços de saúde devem visar não só a o tratamento e a cura, mas também a prevenção, promoção e a proteção da saúde da pessoa. Esse princípio se estabelece nas necessidades terapêuticas da pessoa sem que possa ser questionado como sendo desnecessário ou supérfluo, nem muito menos retirar o essencial ou importante em todos os níveis de complexibilidade.

- **da Gratuidade:** resulta-se logicamente dos princípios anteriores. Pois, para que o acesso à essas ações e serviços de saúde seja universal, integral e igualitário, é necessário que ele seja gratuito. Assim, é terminantemente proibida a cobrança de qualquer valor ao paciente que utilize ou venha a utilizar os serviços de saúde do SUS.

- **da Hierarquização:** todas as ações dos serviços de saúde serão organizadas em níveis de complexidade crescente (primário, secundário, terciário e quaternário). Significando que o paciente deve ter seu primeiro acesso no sistema por meio de um posto de saúde (atenção primária) ou caso dê entrada um pronto-socorro (urgência ou emergência) e, caso necessite, o paciente será movido a um centro de maior complexidade.

- **da Regionalização:** esse princípio viabiliza a democratização, garantindo o direito à saúde, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais. Pois, na prática, a municipalização da saúde ainda encontra dificuldade no alcance dos seus pressupostos e objetivos do SUS, significando, assim, que os serviços de saúde serão organizados de modo eficiente, evitando, assim, a duplicidade de meios para fins idênticos, evitando assim o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.

- **da Resolutividade:** remete a capacidade de solucionar o problema trazido pelo paciente, dependendo, claro, de sua eficiência em cada nível de complexidade e da integração entre eles.

- **da Participação dos cidadãos:** a principal ferramenta de participação popular na formulação das políticas públicas de saúde até o controle de toda sua execução. Sendo possível, toda pessoa investigar e participar ativamente, dos conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional), bem como as entidades de saúde com representação entre usuários e governo, e principalmente também pelas conferências municipais de saúde. Ressalta-se o uso da internet e das mídias sociais, para ampliar a fiscalização e melhorar o debate por meio das consultas e audiências públicas, e de diversas formas individuais capazes de mobilizar vários agentes públicos defensores do direito à saúde e à dignidade,

pressionando a gestão pública a melhorarem as suas políticas públicas de saúde, principalmente no âmbito Municipal.

### **5.3 Epidemiologia.**

O Diabetes Mellitus é um conjunto de distúrbios metabólicos do tipo crônica não transmissível, sendo esta uma das doenças mais comum no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, cerca de 422 milhões de pessoas apresentam o diagnóstico de diabetes, e no Brasil, estima-se cerca de 12.5 milhões com a doença. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Por ser uma doença autoimune é caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas tendo como consequência a coarctação do hormônio insulina. Os pacientes acometidos pela DM1 apresentam quadro clínico de hiperglicemia progredindo para uma cetoacidose<sup>1</sup>. Sendo mais frequente em crianças e adolescentes, podem acometer também em adultos, no entanto a DM surge de forma lenta sem apresentar sinais e sintomas específicos (SALES-PERES et al., 2016).

Os sintomas mais comuns da DM1 são percebidos por alguns sinais, principalmente em crianças, como a poliúria (eliminação excessiva de urina), polidipsia (sede intensa), vertigem (perda do equilíbrio) e perda de peso, nos pacientes que não iniciaram o tratamento (SILVA; PENNAFORT; QUEIROZ, 2016). Segundo (QUEIROZ; SILVA; ALFENAS, 2010) uma dieta balanceada a base de alimentos saudáveis tem se mostrado como uma alternativa simples de controlar a doença e prevenir de possíveis complicações micro e macro vasculares.

Nas palavras de Esch; Cordeiro, (2015) a DM1, está em segundo lugar como doença crônica mais comum na infância, sendo o tipo de menos comum no Brasil segundo a American Diabetes Association (ADA), além de ser uma das principais causas de mortes no País (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2018). A (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017) destaca que o Brasil ocupa o 4º lugar dentre os 10 países com o maior número de

---

<sup>1</sup> A cetoacidose mais comum no diabetes tipo 1, é uma complicação aguda grave, potencialmente fatal. Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/cetoacidose-diabetica/>

indivíduos com Diabetes e está em 3º lugar em quantidade de crianças e adolescentes com DM1. A (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) acrescenta que a prevalência da DM1 está crescente em países de baixa e média renda.

De acordo com o DATASUS, (2013), através de dados disponíveis, informa que o estado de São Paulo se concentra o maior número de pacientes acometidos de DM1, seguido por Minas Gerais. Ainda, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), manifestaram predominância do diabetes mellitus pela cor de pele, sendo a preta com (37%), seguida pela a branca de (35%). Além disso, a Vigilância por inquérito telefônico (VIGITEL), aponta que, quanto mais baixa for a escolaridade, maior é o número de diagnóstico de diabetes mellitus e revela a faixa etária mais predominante são os  $\geq$  de 65 anos, levando-se em consideração os dois tipos de diabetes VIGITEL).

Além desses dados, Filho et al, (2017); PELLICCIARI et al,( 2017); Fragoso et al, (2019) apontam que o sexo feminino é o que apresenta maior prevalência entre os diagnosticados com a doença. Inclusive, o diabetes é observado como um grave problema social e para a saúde do País por apresentar altos números entre a população brasileira (PETERMANN et al., 2015). Ainda por cima, nos últimos seis anos, houve um aumento de 12% no número de mortes em decorrência do diabetes, segundo os dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade.

#### **5.4 Política Municipal de Recursos Humanos em Saúde – PMRHS.**

Conforme Vieira (2009), a concepção de “Recursos Humanos” é oriunda da área de Administração de Empresas e transcende a lógica gerencial de preponderância que reduz o trabalhador à condição de dependência, limitando-o a um espaço funcional. Todavia, na área de saúde, o “Recursos Humanos” envolve completamente a tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde, definindo assim, um dos seus subsistemas.

Dessa forma, o setor de “Recursos Humanos em Saúde” (RHS) envolve diversas extensões: organização e distribuição do trabalho, formação, qualificação profissional, relações de trabalho, além da administração de pessoal. Ao que se relata na Política Nacional de Recursos Humanos elaborada

pelo Ministério da Saúde, acresce que, o serviço de saúde pública municipal apresenta-se numa estrutura com diversas deficiências, que, em cujas atividades devem se buscar a origem nas suas falhas num enfoque bem amplo.

Assim, esse trabalho somente abordará o aspecto de Recursos Humanos na Saúde Pública Municipal, especificamente nas práticas de gestão que contribuam para um Atendimento Humanizado por todos os funcionários nas Secretarias Municipais de Saúde. Em adição, também existe uma uniformidade de opiniões sobre a necessidade de ultrapassar barreiras e limitações aos procedimentos gerenciais dos recursos humanos adotados nos dias atuais dentro da saúde pública municipal. Sempre buscando a inovação, o aperfeiçoamento e a motivação do funcionalismo, para que, se supere os gargalos que entravam o alcance de níveis elevados de satisfação de atendimento humanizado ao usuário.

### **5.5 A Política Nacional de Humanização como Política de Saúde Pública.**

Segundo o Ministério da Saúde, com a instituição da Política Nacional de Humanização em 2003, foram atribuídas metas a serem cumpridas para um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a impessoalização aos quais os usuários são submetidos nos serviços de saúde, também, garantir-lhes seus direitos individuais, investimentos em educação permanente aos profissionais bem como a participação nos modos de gestão.

O Progresso da medicina, a complexibilidade do sistema de saúde pública, além da burocracia estatal confirma a importância de reconhecer e assegurar o direito do cidadão à autodeterminação. A saúde passou a ser preconizada no mundo após a segunda Grande Guerra como direito fundamental pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Já em 1946, a ONU anunciou sua constituição, ressaltando a saúde como direito humano pela primeira vez em nível internacional, originando assim, a proclamação da declaração dos Direitos Humanos em 1948.

Como aponta Moura (2013), no Brasil, desde os anos setenta, surgiam discussões e questionamentos sobre a importância da saúde como direito fundamental a todos brasileiros. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi preconizada como direito fundamental de todo cidadão, bem

como a determinação constitucional de que os serviços oferecidos pela saúde deveriam promover o acesso à informação, potencialidade resolutiva das ações e preservação à vida do cidadão.

O verbo humanizar nos remete a algo abandonado ou perdido no tempo, e que, conseguinte, carece de ser resgatado. E ao sentido humano corresponde a uma ideia de bondade, solidariedade, dedicação, coragem, força. Essência e Atributos direcionados, em certo sentido, ao controle dos sentimentos negativos, permitindo ao homem comportar os desafios do enfermo, da morte e dos impasses surgidos nessa trajetória de forma subjetiva, como um simples atendimento ou informação. Para tanto, a ciência nos permite ao entendimento e compreensão interior ao autoconhecimento e na capacidade do autocontrole (SOUZA & MOREIRA, 2008).

Expondo a humanização a uma crise humanística, em um cenário de um contexto de uma sociedade moderna desumanizada. Chegam na compreensão de todos por reflexão, de que a humanização nos cuidados em saúde pelas instituições passa pela humanização da sociedade. A exclusão social, a violência e desumanidade contribuem para o desempenho negativo da solidariedade, da tolerância e da compaixão, impactando fortemente e principalmente nas instituições de saúde públicas (PESSINI & BERTACHINI, 2004).

Os autores acima também assumem a ideia de que a tecnologia também contribui para a redução da pessoa humana e fortalecimento da sacralização das coisas. E definem, a humanização deve vir acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado e sair da centralização de que a sobrevivência é suficiente. Desta maneira, todos os profissionais de saúde e usuários devem estar estruturados como senhores de sua própria história, devendo os primeiros reconhecer o usuário e os pacientes como indivíduos e seres humanos, defendendo também a humanização com a "essência do ser" e o reconhecimento do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade e cuidado.

Inclusive, denominaram de "o bom humano", "uma figura ideal que regulariza as experiências concretas". Criticaram essa retórica e correlacionaram a humanização, a qualificação do homem contextualizado em sintonia de um ser que transforma e ao mesmo tempo é transformado pelas práticas humanitárias em que se envolvem (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Por outro lado, relacionam as exigências por mudanças na área da saúde aos pensamentos e valores da sociedade. O desafio desse entendimento é de

que a-humanização/satisfação supere aos modelos vigentes o que na prática predominam políticas públicas propostas de idealização de Estado mínimo (PUCCINI & CECÍLIO, 2004).

Nas palavras de Kunkel, (2002), ela elenca alguns pontos que podem atrapalhar a humanização. Primeiramente, a autora ressalta a especialização das áreas que dividem usuário, passando por vários setores, dificultando uma atenção mais humana no atendimento e o acesso aos serviços. Por seguinte, outro aspecto observado por ela, é a falta de equilíbrio entre o usuário e o profissional, que geralmente é estruturada em hierarquização funcional, desconsiderando o conhecimento do usuário.

Nessas situações, o usuário torna-se passivo à frente do profissional de saúde, acreditando e entregando a sua confiança sem questionamentos, sendo reduzido a coisificação pontuado pela sua doença e não pela individualidade. Neste momento, revela-se para duas perspectivas o centro da discussão sobre a Humanização no atendimento: primeiramente percebe-se que atualmente na sociedade há uma retórica que investe num ideal modelo humano, a um valor associado a uma qualidade superior. Por conseguinte, é necessário que esta retórica se funda ao profissional a um conjunto de ideias que a fim de garantir que os conflitos e desavenças não ocupem espaço. A segunda difere-se da primeira nessa idealização e vai ao encontro da necessidade a partir de um investimento na ressignificação das relações sociais comprometidas com a Humanização, cuja subjetividade é produzida com enfrentamentos, diferentes posicionamentos e negociações.

De acordo com Neto, (2015), a humanização como política de Estado, é necessário que ela seja implementada como uma política transversal buscando responder aos problemas, afastando-se das estruturas hierarquizadas e tradicionais em vias de se construir um Estado relacional. Visando estar presente em todos os programas e políticas do SUS. Com isso, o resultado esperado é um grau de contato e comunicação entre pessoas e grupos ampliados, reforçando a produção de saúde com qualidade.

Assim, a medida em que o movimento pela humanização cresce e ganha espaço, cresce também a preocupação da gestão com a reorganização dos serviços e das práticas em saúde com a satisfação dos usuários. A proposta de humanização é a possibilidade de inserir o cidadão e sociedade além dos níveis de satisfação, escutando e agregando opiniões e reivindicações no processo de

mudanças, e na busca de consciência mútua entre os profissionais e cidadãos nos projetos para a saúde.

## **5.6 O Acolhimento à Criança e ao Adolescente.**

Sobre o acolhimento da criança; uma das principais ações do Ministério da Saúde é o cuidado especial dado à saúde infantil, desenvolvendo programas que buscam de forma eficaz, uma assistência adequada e de qualidade, focando o atendimento humanizado às crianças e adolescentes (BRASIL, 2004b). O Ministério da Saúde ainda prioriza que; quando a criança ou seus tutores procuram o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecem uma relação cidadã e humanizada, ao definir o encaminhamento mais adequado para a resolução da identificação do seu problema. Inclusive, deve-se adotar uma postura acolhedora desde a recepção no atendimento dos usuários – e durante todo o expediente – para não ocorrer erros de burocratização como agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo.

Desde o nascimento, as crianças carecem de mais atenção em relação às transformações que surgem quando nascem e durante a infância, exigindo cuidados da família para um crescimento saudável, focando a prevenção de doenças (CARVALHAES, 1999). Desde a concepção, na barriga da sua mãe, o ser humano se desenvolve até o fim de sua vida (morte), sendo os primeiros anos de sua vida, estes, essenciais para o seu desenvolvimento e formação neuro-cognitivo (MACHADO; LEONE, SZARFARC, 2011). Diante da carência aos cuidados com a criança, é de grande importância ressaltar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que preconiza a saúde delas como um direito para o seu desenvolvimento (MINAYO – GOMEZ; MEIRELLES, 1997).

Ao falar em planejamento em saúde, esta depende de uma estratégia ao ser relacionada com doenças, como por exemplo, a incidência de determinadas doenças em determinados tipos de população, região, ou outros fatores que possam aumentar a sua disseminação. Razão por esta, torna-se importante o planejamento estratégico da Vigilância Epidemiológica (TEIXEIRA, 1999). Inquestionavelmente, a implementação de políticas públicas, direcionada as crianças, deverão ser o eixo norteador do cuidado da saúde destas, pois se providências forem tomadas desde o início da sua vida, posteriormente será



mais fácil a incluí-las em ações na prevenção da saúde no cotidiano de cada um (CARVALHO, et. al., 2002).

As doenças de modo geral, sejam graves ou não, são de interesse tanto do Estado quanto para toda sociedade, o que enlaça a pertinência deste assunto nos dias de hoje (VICTORA, et. al., 1990). É de suma importância que seja realizado um acompanhamento constante das ações práticas, reivindicando uma política de saúde mais presente e efetiva nos estados para que assim se torne satisfatória a promoção da saúde pública e principalmente do programa de saúde da família, focando na saúde da criança e do adolescente (NASCIMENTO, 2005).

A saúde da criança e do adolescente tem sido um marco na atenção básica, ao sugerir a sua integralidade do cuidado. A inclusão desta política na saúde pública é enfatizada como um grande passo no direito das crianças e adolescentes. (ERDMANN; SOUZA, 2009). O mesmo autor ressalta que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) implementada pelo Ministério da Saúde é um serviço de referência no atendimento a criança e adolescente na mesma medida da evolução constante que segue a política de atenção à saúde.

Os princípios norteadores do SUS, relativo as crianças e adolescentes, abrange atividades que permitem que cada profissional atue de modo a garantir um acesso universal e integral a este público, promovendo e construindo vínculos entre as famílias e as equipes da saúde, fortalecendo o atendimento humanizado no acompanhamento infantil, (BRASIL, 2004b).

De acordo com a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, é orientado a todos os profissionais que lidam com as ações que envolvam as crianças, que dentro de sua missão profissional, será a própria criança, a mais beneficiada do cuidado integral e multiprofissional, dando conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda, como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, desde o centro da atenção à saúde aos demais setores interligados com a saúde (moradia, água tratada, educação, etc).

Em síntese, observa-se a urgência em desenvolver estudos sobre a humanização do atendimento à criança, para que todos os membros da equipe possam refletir sobre como estão sendo realizados os serviços de saúde no cotidiano, a fim de compreender as dificuldades a serem superadas, criar

métodos que levem a favorecer a efetividade das ações nesse nível de atenção, reorganização do atendimento, com o intuito de tornar mais digno o atendimento a esse público (MONTEIRO et. al., 2012).

### **5.7 A Teoria do Cuidado de Jean Watson**

Muito importante na aplicação da Humanização e principalmente na receptividade de crianças e adolescentes na saúde pública, a Teoria do Cuidado, elaborada e desenvolvida em meados da década de 1970 por Margaret Jean Watson, período em que a autora lecionava na Universidade do Colorado – USA. A teoria surgiu do resultado dos estudos realizados por ela no decorrer de seu doutorado em Clínica e Psicologia Social.

Baseado no cuidado e fenômenos existenciais, que considera o cuidado efetivo por meio do relacionamento transpessoal, ou seja, o cuidado que transcende tempo, espaço e matéria, entre profissional e paciente para que formem um único ser em sintonia, além da interação, de maneira a favorecer a recuperação humana. Já em meados dos anos 80, a sua teoria passou por novas alterações, aos quais: o ideal moral, o significado da comunicação e do contato subjetivo mediante a coparticipação dos self é visto e trabalhado como um todo. (WATSON, 1985)

De acordo com a autora, uma das ferramentas mais eficientes para definir e manter a relação de confiança entre o profissional e o paciente é a Empatia. Assim, com a verdadeira intenção de ajudar e cuidar, é possível estabelecer uma relação empática, amistosa e ideal. A confiança adquirida assim, se reconhece na aceitação de quem se vivencia através de linguagem falada ou não. A Empatia consiste na possibilidade de compreender os sentimentos de outra pessoa e comunicá-la sobre tal experiência, sempre baseada nos pilares afetivos, cognitivos e comportamentais.

Para a desenvolvimento da empatia do profissional, destaca-se a real vontade de se preocupar com o sofrimento alheio, aprimorar as relações interpessoais por meio da consolidação do vínculo afetivo e ter habilidades comunicacionais. Nos dias atuais a teoria de Margareth J. Watson é aceita em diversas instituições de saúde, como hospitais, centros médicos e universidades com cursos na área da saúde, nos EUA e no México. A própria autora criou “O *Watson Caring Science Institute*” com o intuito de divulgar seus princípios,

auxiliar na implementação e na manutenção nos serviços de saúde, além de oferecer treinamentos profissionais, promover pesquisas, eventos científicos e formar doutores em cuidado Humanizado.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 Descrição do Município de Serra Talhada/PE.

De acordo com as características geográficas do Google, o município de Serra Talhada, está inserido ao norte do estado de Pernambuco (Fig.01), possui base territorial de 297.999 hectares, cerca de 2.979,99 km<sup>2</sup>, clima tropical com estação seca (Classificação climática de Köppen-Geiger)<sup>2</sup>.

Figura 1. Mapa de localização do município de Serra Talhada (entre as coordenadas geográficas: 7° 59' 7" Sul, 38° 17' 34" Oeste) Estado de Pernambuco, Brasil.



Fonte: IF - SERTÃO PERNAMBUCANO, 2018 (adaptado).

Serra Talhada está distante 415 km da capital pernambucana, Recife. É o principal município da mesorregião do Sertão Pernambucano, microrregião do Pajeú e bioma predominante Caatinga, polo em saúde, educação e comércio. A cidade faz divisa, ao Norte com o Estado da Paraíba, ao sul com a cidade de Floresta, ao leste com a cidade de Santa Cruz da Baixa Verde, Calumbi e Betânia e ao oeste com a cidade de São José do Belmonte, Mirandiba e Carnaubeira da Penha, sendo estas, todas de Pernambuco.

Segundo o IBGE, sua população estimada em 2021, era de 87.467 habitantes. e área territorial de 2.980,007 km<sup>2</sup>.<sup>3</sup> Em 2019, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14.9%. Considerando domicílios com rendimentos

<sup>2</sup> <https://www.infoescola.com/geografia/classificacao-climatica-de-koppen-geiger/>

<sup>3</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>

mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 159º de 185º dentre as cidades do estado e na posição 2066º de 5570º dentre as cidades do Brasil<sup>4</sup>.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.11 para 1.000 nascidos vivos, ocupando a 87ª posição no Estado de Pernambuco. Apresenta 70.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 93.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 4.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).<sup>5</sup>

Ainda, segundo o IBGE em 2003, a incidência da pobreza no estado de Pernambuco a cidade de Serra Talhada ocupava a 157º e no Brasil 1839º com variação de 49,55 %. No índice de GINI ocupa a 8ª posição no estado e 166ª no Brasil com variação de 0,42<sup>6</sup>. Ainda de acordo com o Censo do IBGE de 2009 a cidade continha, 42 estabelecimentos de saúde públicos municipais e 41 estabelecimentos de saúde privados<sup>7</sup>.

## **6.2 Dados da pesquisa, população e amostra de estudo.**

Para obtenção das respostas da problemática levantada, optou-se pela utilização da pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa foi realizada em 13 (Treze) Unidades de Saúde da Família em Serra Talhada/PE. Onde foram aplicados questionários das características estruturais e socioeconômicos das USF`s e dos profissionais do SUS respectivamente. E questionários sócio demográficos aos pacientes das USF`s.

A presente pesquisa caracteriza-se pela análise qualitativa procurando entender fenômenos, considerando o ponto de vista dos participantes dessa pesquisa estudada e através dos dados de questionários aplicados a melhoria do atendimento humanizado pela gestão, onde a opinião do usuário será avaliada durante todo o estudo.

O método que está sendo utilizado é o Indutivo, baseada em estudo descritivo de revisão de literatura existente, na qual foram usadas as palavras-

---

<sup>4</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/pesquisa/19/29765?tipo=ranking>

<sup>5</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/pesquisa/39/30279?tipo=ranking>

<sup>6</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/pesquisa/36/30246?tipo=ranking&indicador30253>

<sup>7</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/pesquisa/32/28163>

chaves designadas a partir dos Descritores em Saúde (DECS): Epidemiologia, Diabetes Mellitus, crianças. Foram utilizados dados provenientes de publicações nas bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME, BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS), realizada assim, uma pesquisa bibliográfica exploratória das quais foram revisados artigos científicos completos, capítulos de livros, dissertações e teses, periódicos e sites institucionais, nos idiomas português e inglês, a partir do ano de 2000 (TURATO, 2005).

A elaboração desse projeto de Trabalho de Conclusão de Curso implicou leitura e análise de informações obtidas pelo autor. “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora, em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas, (GIL, 2010, p. 44)”.

A metodologia foi baseada no modelo de Assunção,(2002), utilizando dados de um estudo transversal com a população amostral, realizado entre crianças e adolescentes (de 0 à ≤ 18 ANOS), conduzido no período de janeiro a abril de 2022, onde foram coletadas informações relativas ao atendimento a crianças e adolescentes diabéticos em toda a rede municipal de saúde da atenção básica, da zona urbana na cidade de Serra Talhada/PE.

Referindo-se à estrutura dos serviços de saúde, ao processo e ao resultado do atendimento aos pacientes diabéticos baseados em questionários da autora. A metodologia aplicada obedecerá a seguinte ordem:

#### **a) Ética.**

Esta pesquisa foi realizada observando leis vigentes, de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, Acordos Internacionais de Direito Humanos e Orientações do Ministério de Justiça. Ocultando a identificação de Crianças e adolescentes, bem como seus tutores e aos quem assiste. Às crianças citadas nesta pesquisa serão dados nomes fictícios de super-heróis e aos quem assistem nomes de Países.

## **b) Trabalho de Campo.**

Para o trabalho de campo, foi aplicado um questionário aos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes acometido de DM1, e um outro questionário direcionado as Enfermeiras de cada USF visitada, com objetivo de identificar os recursos humanos no que se refere aos profissionais do SUS envolvidos no atendimento das crianças e adolescentes e dos materiais disponíveis nesses locais

## **c) Resultado.**

Para a avaliação do resultado do atendimento, foram realizadas entrevistas domiciliares com crianças e adolescentes diabéticos atendidos nos postos estudados. A criança ou adolescente portador de DM1 no momento da entrevista não estava hospitalizada e tinha que residir na zona urbana e ter conhecimento de ser portador da doença.

A cada semana, a meta foi de cinco postos de saúde onde foram identificados todos os pacientes registro de diabetes que foram consultados nos últimos 30 dias. Cada USF foi checada e observada por um período de duas semanas com o objetivo de identificar novos casos de crianças e adolescentes diabéticos e então só assim interrompeu o número de pacientes alcançados. As entrevistas domiciliares foram realizadas, preferencialmente, na semana subsequente à consulta.

No Apêndice 1 e 2 deste projeto, encontra-se disponível os questionários aplicados aos profissionais do SUS e aos pacientes, que após serem identificados será aplicado um questionário com o objetivo de obter informações, dentre outras, referentes a: características idade, cor, tratamento, satisfação de atendimento, opinião de melhora ao atendimento humanizado, etc. Sempre respeitando a Ética em pesquisas com crianças e adolescentes.

## **6.3 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.**

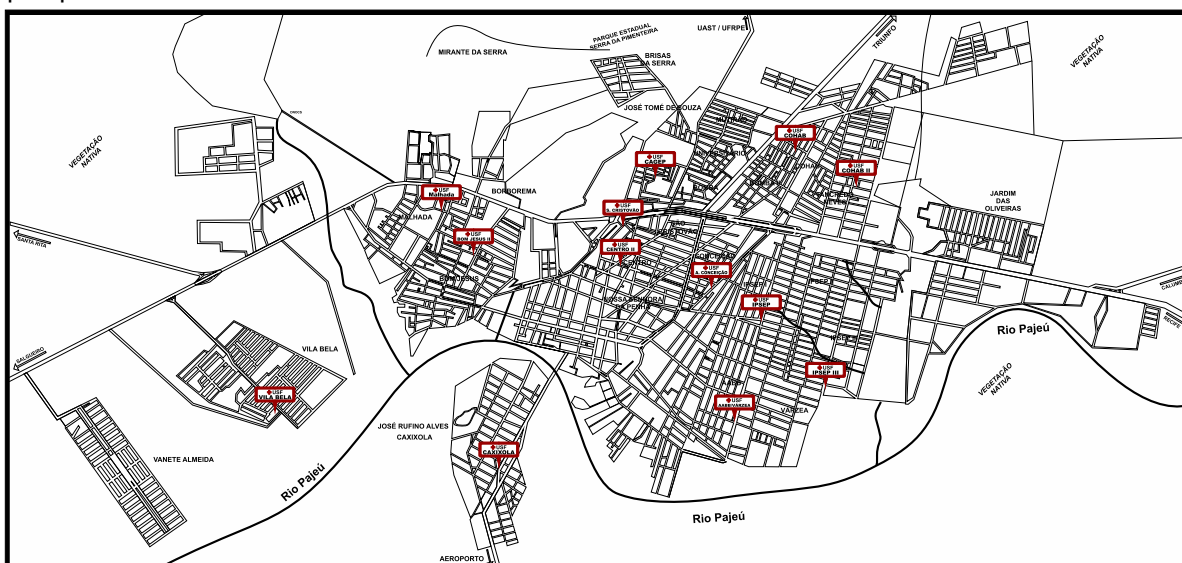
A coleta de dados foi realizada com profissionais do SUS e com os pais ou tutores das crianças e adolescentes acometidos de DM1 condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das resoluções de Nº 466, DE 12

DE DEZEMBRO e Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016 do Conselho Nacional da Saúde/MS, comprometendo-se de utilizar os dados coletados, exclusivamente para os fins acadêmicos e científicos. (BRASIL, 2012).

#### 6.4 Resultados e Discussão.

Os resultados obtidos na caracterização de amostrados das USF`s no município de Serra Talhada/PE, da presente pesquisa advieram de um levantamento de dados pelo sistema (CIDADE SAUDÁVEL)<sup>8</sup>, que identificou 36 crianças acometidas de DM1 em 13 Unidades da Saúde da Família – USF da zona urbana da cidade de Serra Talhada. As USF`s identificadas foram; Aabb, Alto da Conceição, Bom Jesus II, Cagep, Caxixola, Centro II, Cohab II, Cohab, Ipsep III, Ipsep, Malhada Cortada, São Cristóvão e Vila Bela.

Figura 02: Mapa de Localização das USF`s da zona urbana da cidade de Serra Talhada envolvidas na pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

No dia 01 de março de 2022, foi dado o início da pesquisa de campo. A Secretaria Municipal de Saúde forneceu relatório, com o endereço de 36 (Trinta e seis) crianças e adolescentes acometidos de DM1 que fazem parte da cobertura das 13 (Treze) das 17 (Dezessete), Unidades da Saúde da Família – USF`s, existentes da zona urbana do Município de Serra Talhada. Nesse mesmo dia, foram confeccionados todos os materiais necessários para dar início à pesquisa.

<sup>8</sup> Um sistema de gestão para saúde pública que o Município de Serra Talhada aderiu.

Foram adquiridos, prancheta, pasta plástica, lápis, canetas e borrachas. Também, foram confeccionados e impressos mapas, questionários do Profissional do SUS e do Paciente. Bem como a utilização de mídias digitais, tais como WhatsApp, Google Maps e GPS para localização das USF`s e dos pacientes dentro da área urbana do município.

Diariamente eram agendados com as Enfermeiras gestores das USF`s, para que estas comunicassem aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS para que os pacientes fossem avisados sobre as entrevistas domiciliares, como também a possibilidade de serem realizadas na própria USF. A proximidade e o tamanho dos bairros foram levados em consideração no momento do roteiro de entrevistas. Foram considerados também os turnos de disponibilidade do entrevistador, sempre a tarde, das 13:00 às 18:00h, já que o mesmo também faz parte dos quadros dos profissionais do SUS municipal.

A partir desta data, começaram a ser realizadas as entrevistas de campo e nas USF`s especificadas. Entre os dias 01 de março até 20 de abril de 2022, todos os pacientes e todas as USF`s já tinham sido entrevistadas. Neste mesmo período, foi realizado um procedimento de controle de qualidade desta da pesquisa, realizada por questionário, aplicadas de forma aleatória a 03 (Três) Enfermeiras de 03 (Três) USF`s escolhidas, equivalendo, em média a 20% (Vinte por Cento) do total na zona urbana do município e assim por diante. E para 06 (Seis) pais ou responsáveis, que em média equivale a 20% (Vinte por Cento) dos que compõe uma das 13 (Treze) áreas de atuação da USF`s. Para que a pesquisa fosse de encontro com seu objetivo, com qualidade, respeito e apoio aos entrevistados.

#### **a) Perdas e Recusas.**

Ressalto, que todos entrevistados receberam orientação a respeito do estudo e ficaram livres para aceitar ou recusar a sua participação na entrevista. No campo, foram constatados alguns casos de imóveis fechados ou mudanças de endereço dessas famílias, sem que estas informassem o novo endereço a USF responsável pelo atendimento a sua criança ou adolescente, para que estas atualizassem o novo endereço para o encaminhamento da USF mais próxima. Alguns pais informaram que seus filhos não faziam uso de insulina, levando a crer que não eram portadores de DM1, mas responderam ao questionário. Houve



também 01 (uma) recusa à visitação/resposta ao questionário, que correspondente a menos de 3% das famílias envolvidas nesta pesquisa.

#### **b) Dificuldades.**

Não foi constatada nenhuma dificuldade na obtenção de dados de pacientes por parte da Secretaria Municipal de Serra Talhada. A colaboração das Enfermeiras, dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS que deram apoio à localização dos pacientes assistidos foram fundamentais para a conclusão dessa pesquisa. As dificuldades encontradas, foram relacionadas as perdas e recusas constatados no item anterior.

### **6.5 Resultados com Base nos Questionários.**

Para fins de compreensão, os dados apresentados a seguir estão dispostos em tabelas e figuras. Sendo as tabelas a representação das informações obtidas e as figuras a representação em porcentagem. Assim, após análise dos questionários com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa, obteve-se os seguintes resultados:

### **6.6 Discussão e aplicação do questionário direcionado aos profissionais do SUS, especificadamente às Enfermeiras das USF's.**

#### **Afirmativa 1**

Pergunta genérica realizada a todas enfermeiras gestoras entrevistadas. Quantos funcionários e quais profissionais do SUS atualmente trabalham nesta USF? Observado na tabela abaixo:

Quadro 01 - Dados gerais das enfermeiras das USF's do município de Serra Talhada/PE

USF/Bairro	Profissionais que atuam nas USF's								
	Enfermeira	Agente Comunitário de Saúde - ACS	Agente de Saúde Bucal- ASB	Técnico em Enfermagem	Médico	Dentista	Auxiliares	Outros	Total
Aabb	1	7	1	1	1	1	1	0	13
Alto da Conceição	1	9	1	1	1	1	2	0	16
Bom Jesus II	1	7	1	1	1	1	1	1	14
Cagep	1	7	1	1	1	1	1	3	16
Caxixola	1	6	1	1	1	1	1	1	13
Centro II	1	7	1	1	1	1	1	1	14
Cohab II	1	6	1	1	1	1	1	2	14
Cohab	1	6	1	1	1	1	1	1	13
Ipsep III	1	7	1	1	1	1	14	1	14
Ipsep	1	6	1	1	1	1	1	1	13
Malhada Cortada	1	7	1	1	1	1	1	1	14
São Cristóvão	1	9	1	1	1	1	1	1	16
Vila Bela	1	6	1	1	1	1	1	1	13

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

## Afirmativa 2

Quantas famílias e quantos indivíduos são cobertos por esta USF?

As Enfermeiras responderam;

Quadro 02 - Cobertura familiar pela USF's

USF	Aabb	Conceição	Bom Jesus II	Cagep	Caxixola	Centro II	Cohab II	Cohab	Ipsep III	Ipsep	Malhada Cortada	São Cristóvão	Vila Bela
<b>Famílias</b>	1.481	1.358	1.095	1.045	1.079	1.172	1.268	1.346	673	1.254	1.065	1.417	990
<b>Indivíduos</b>	4.338	3.872	3.141	3.169	3.219	3.097	3.787	4.162	1.953	3.795	3.452	3.875	3.154

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

### Afirmativa 3

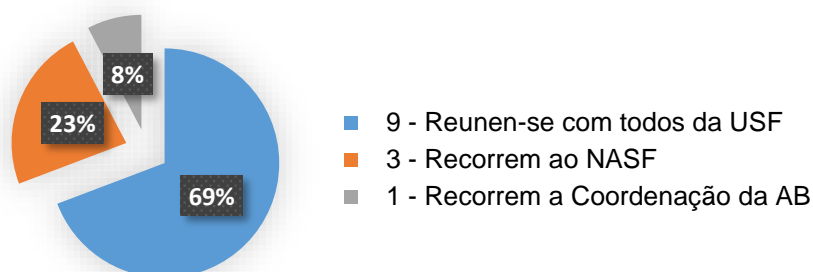
Questionou-se a forma de como ocorre a comunicação entre os profissionais do SUS, no que diz respeito à resolução de problemas adversos que ocorrem ou que venham ocorrer na USF-(Quadro 03). As enfermeiras informaram três hipóteses, levando a crer que não existe um padrão único de resolução, quando surge algum conflito.

Quadro 03 - Forma de comunicação dos profissionais do SUS e as USF's.

Margarida	Com reuniões com o NASF
Tulipa	Com reuniões com o NASF
Jasmim	Com reuniões com o NASF
Papoula	Com reunião semanal com todos da USF
Açucena	Com reuniões com o NASF
Dália	Com reunião semanal com todos da USF
Violeta	Com reunião semanal com todos da USF
Girassol	Com reuniões com o NASF
Sempre Viva	Com reuniões com o NASF
Flor de Lis	Com reuniões com o NASF
Rosa Branca	Com reuniões com o NASF
Orquídea	Consulta a coordenação da Atenção Básica
Gardênia	Com reuniões com o NASF

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Figura 03: Percentual das respostas obtidas, conforme quadro 03.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Devido a poucos estudos relacionados a resolutividade de adversidades que venham a ocorrer dentro da USF's, ressalta-se aqui a importância de trabalhar com a Gestão de Conflitos dentro da Atenção Básica. Pois, quando se trabalha de forma aleatória, os conflitos podem levar os profissionais de uma equipe, a trabalhar de forma desmotivada e conseqüentemente reduzindo a qualidade dos atendimentos (SALES, LIMA, FARIAS, 2007).

Em se tratando da relação entre usuários, profissionais do SUS e as Enfermeiras gestoras das USF's, para a maioria dos entrevistados a principal causa de conflitos é devido à falta de profissionais, principalmente o médico

especialista, o que ocasiona desentendimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários, assim dificultando os processos de trabalho, desde a marcação de consultas à demora nos atendimentos.

Os conflitos dinâmicos no trabalho em saúde estão relacionados a aspetos micros sociais e comprometem a estima social dos envolvidos, acarretando o sentimento de desrespeito uns aos outros profissionais, sendo esses conflitos de difícil controle por parte da gestão. (CARVALHO, PEDUZZI E AYRES, 2014), também, pode ser qualificado como um problema bioético, pois ao fazer um levantamento sobre os problemas éticos encontrados na Atenção Primária classificaram este problema como sendo “práticas de equipe”, causados pelo despedaçamento do trabalho e dificuldade de aceitação da prática interdisciplinar. (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2015; SALLES,LIMA, FARIAS, 2007).

Essa dificuldade na resolatividade de conflito no ambiente de trabalho dentro da saúde, também foi reconhecida em um outro estudo em um município da região sul do país. Ao investigarem a elaboração da interdisciplinaridade das ESF’s, constataram que a implantação de uma equipe multidisciplinar em trabalhar de forma interdisciplinar, necessitaria de certo grau de amadurecimento do trabalho em equipe, devido a sua complexibilidade. (SCHERER, PIRES E JEAN, 2013).

#### **Afirmativa 4**

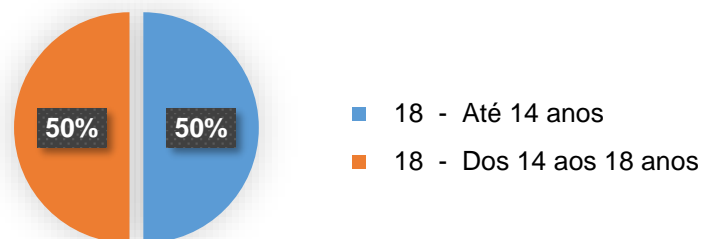
Nesta afirmativa, teve como objetivo de confirmar o levantamento do número de crianças e adolescentes acometidas por DM1 atendidos na USF dos bairros, de acordo com os dados fornecidos pelo Sistema Cidade Saudável. Dessa forma, as enfermeiras responderam;

**Quadro04 - Faixa etária de Crianças e adolescentes acometidos por DM-1 na cidade de Serra Talhada.**

Faixa de Idade	Aabb	Alto da Conceição	Bom Jesus II	Cagep	Caxixola	Centro II	Cohab II	Cohab	Ipsep III	Ipsep	Malhada Cortada	São Cristóvão	Vila Bela
Até 14 anos	2	1	3	2	0	1	1	1	0	0	3	1	3
14 à 18 anos	5	0	3	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Figura 04: Percentual das respostas obtidas, conforme tabela 04.



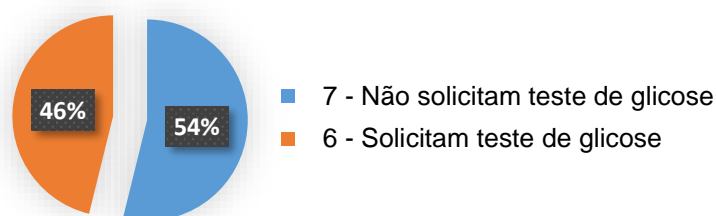
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

## Afirmativa 5

Foi questionado as Enfermeiras se no primeiro atendimento de criança ou adolescente é solicitado exame de glicose por parte do enfermeiro ou médico.

Nesta pergunta há evidências de convergência nas respostas a respeito da padronização dos procedimentos (Fig 05). Algumas enfermeiras relataram que só solicitam exames de glicose quando existe algum sintoma ou casos de DM na família. Outras já solicitam exames após um ano de idade, logo após o puerpério.

Figura 05: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Suscito a importância do exame de glicose no primeiro ano de vida das crianças para uma anamnese eficaz. Haja vista que, desde 1911 a glicose já está sendo aferida no sangue de crianças recém-nascidas. Em 1937, Hartmann & Jaudon narraram o primeiro caso de hipoglicemia significativa. Logo após, em 1940, Miller e Ross relataram o segundo caso. Dez anos depois em 1950, foi a vez de Norval. Em 1954 Mc Quarrie & Farquhar alertaram para a vulnerabilidade dos RN's e prematuros desenvolverem hipoglicemia herdadas de suas mães diabéticas. Em 1959, o mundo tomou conhecimento dos relatos de hipoglicemia, e em 1965 em Tóquio, teve sua primeira conferência sobre o assunto (ANDRADE, 2002).

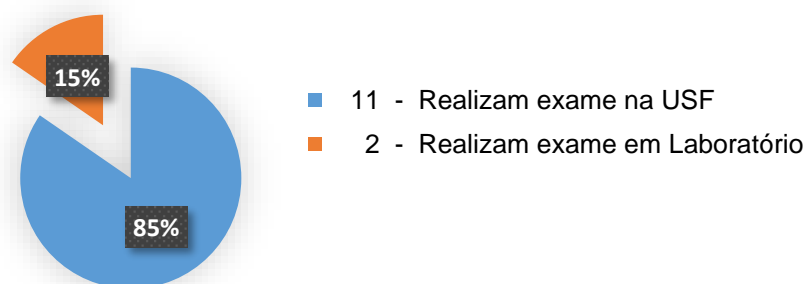
Na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, é realizado por procedimento operacional padrão – POP, teste de Glicemia Capilar no Recém-Nascido Principalmente de mães diabéticas. É um teste onde é feita a coleta de sangue periférico dos recém-nascidos e verificado o valor glicêmico através de aparelho eletrônico (glicosímetro) e fitas específicas. Com a finalidade de mensurar o nível de glicose no sangue para avaliação clínica do RN e condução do plano terapêutico (nutrição e terapia infusional). Respeitando os Protocolos de Manejo não Farmacológico da Dor Neonatal e o Protocolos de Cuidados com a Pele do Recém-nascido. Observando parâmetros inadequados de glicemia para o RN: abaixo de 40mg/dl nas primeiras 24 horas de vida ou inferiores a 50mg/dl após 24 horas de vida do recém-nascido ou ainda acima de 150mg/dl. Comunicando aos pediatras o resultado fora dos parâmetros considerados normais e explicar os resultados do teste para os pais ou responsáveis.

#### **Afirmativa 6**

Foi questionado se o teste de glicemia se realiza na USF ou em algum laboratório externo.

A maioria das enfermeiras informaram que geralmente os exames de glicose em portadores de DM de todas as idades são realizados na própria USF, com dia marcado na semana, mas, a minoria afirmou, que casos de suspeita de DM1 em crianças e adolescentes, os pais são orientados a realizarem o exame de glicose em laboratório específico indicado pela USF, as vezes o paciente mora afastado do centro, tornando a ida ao laboratório dispendiosa para os pais. Dessa forma é explicitada convergência nas decisões de como é realizado o acolhimento na hora dos exames. (Fig.06)

Figura 06: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

## Afirmativa 7

Questionou-se sobre o procedimento adotado após uma criança ou adolescente serem diagnosticados com Diabetes.

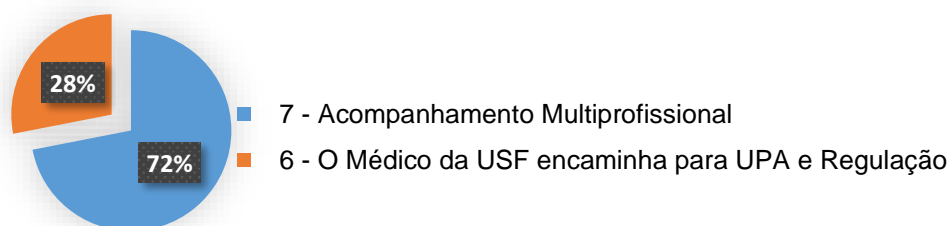
Em outras palavras responderam de sentidos diferentes mais com os mesmos significados. Foi constatado imprecisão nos procedimentos. Podendo ser observados nas respostas abaixo:

Quadro 05 - Procedimento adotado após diagnóstico da DM-1

Orquídea	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Sempre Viva	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Tulipa	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Açucena	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Violeta	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Gardênia	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Papoula	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Margarida	O Médico da USF direciona para UPA ou regulação Municipal para atendimento com Endocrinologista.
Dália	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Jasmim	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Girassol	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Flor de Lis	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.
Rosa Branca	Acompanhamento multiprofissional e nutricionista.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Figura 07: Percentual das respostas obtidas, conforme quadro 05.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

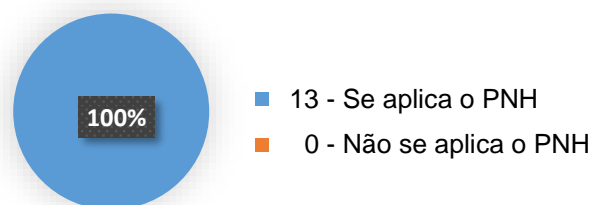
De acordo com o Ministério da Saúde, o plano terapêutico para os portadores de Diabetes Tipo 1 na atenção básica, exige maior complexidade do cuidado, esses pacientes são em geral acompanhados por médico endocrinologista especialista. O encaminhamento deve ser imediato, com o

cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

### **Afirmativa 8**

Foi questionado se a enfermeira conhece o PNH e se ela aplicada na USF. Todas as Enfermeiras de forma unânime responderam que conhece O Plano Nacional de Humanização sendo esta, aplicadas nas USF´s.(Fig.08)

Figura 08: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Sempre será importante a humanização, ao passo que, firma-se como política pública de saúde, atualmente, vem garantindo criação de espaços que alteram as formas na produção de saúde, fomentando a comunicação entre sujeitos e as equipes. Essa dinâmica se faz com sujeitos que possam cumprir os deveres ou obrigações inerentes a sua autonomia de modo acolhedor, co-responsável, resolutivo e de gestão compartilhada dentro dos processos de trabalho (DESLANDES, 2004).

### **Afirmativa 9**

Foram questionadas as enfermeiras, a forma de como ocorre o acolhimento entre a USF e as crianças e adolescentes acometidos de DM1. As Enfermeiras responderam;



**Quadro 06 - Acolhimento as crianças e adolescentes na cidade de Serra Talhada.**

<b>Gardênia</b>	<b>É realizado durante as consultas e visitas.</b>
<b>Açucena</b>	<b>Por demanda espontânea, a USF atende e agenda para ir na residência do paciente, examina e realiza o encaminhamento ao NASF.</b>
<b>Violeta</b>	<b>É realizado, visitas domiciliares com a equipe da família, orientando os pais e pacientes, sobre o tratamento, médicos, alimentação, etc.</b>
<b>Tulipa</b>	<b>Orientando a família na melhor forma do tratamento</b>
<b>Orquídea</b>	<b>Através dos agentes de saúde, devido a aproximação com as famílias.</b>
<b>Papoula</b>	<b>É realizado acolhimento, consultas e orientações com a equipe multidisciplinar.</b>
<b>Rosa Branca</b>	<b>Através da necessidade do paciente encaminhamos aos programas necessários a atenção ao paciente e familiares.</b>
<b>Margarida</b>	<b>Fácil Acesso, caso necessite cuidados urgentes e especiais, o usuário será encaminhado ao Endocrinologista, testes laboratoriais na própria USF</b>
<b>Flor de Lis</b>	<b>Através dos agentes de saúde, devido a aproximação com às famílias.</b>
<b>Girassol</b>	<b>Pela Coordenação da atenção básica</b>
<b>Sempre Viva</b>	<b>É realizado acompanhamento multiprofissional, encaminhamos o paciente portadores de diabetes para endocrinologista e fundações que fazem parceria com a SMS e com o NASF</b>
<b>Jasmim</b>	<b>Com respeito, igualdade e equidade.</b>
<b>Dália</b>	<b>Caso necessário, serão encaminhados à SMS.</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

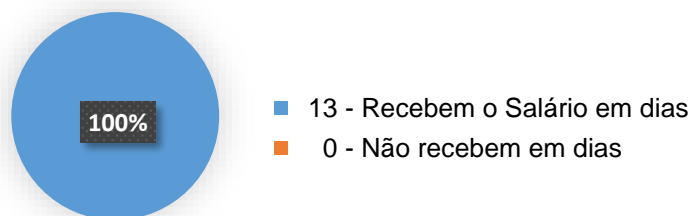
Devido a não exatidão das repostadas, ficou vago a forma correta e padronizada para uma correta aplicação do acolhimento.

De acordo com Minanni (2010), o acolhimento e abordagem do adolescente deve ser realizado de maneira integral, preferencialmente de forma multidisciplinar, capaz de reconhecer as transformações psicossociais e particularidades da doença, proporcionando atenção global à sua saúde e de sua família. A implementação de programas de educação em diabetes é fundamental para que a equipe multiprofissional esteja capacitada para o atendimento global da criança e do adolescente e o envolvimento de pais e familiares nesse processo. O autor ainda ressalta que a família se constitui um dos determinantes favoráveis para o sucesso do controle metabólico da criança e do adolescente. Para compreender o comportamento da criança e do adolescente frente a uma doença crônica, os profissionais de saúde precisam estar informados a respeito dos estágios de processos de percepção e socioemocional desses, pois, a doença crônica, no caso a DM1, afeta as interações da criança com os meios físico e social nos quais vive.

## Afirmativa 10

Questionou-se se a enfermeira, gestora da USF recebem seus salários em dia.

Figura 09: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

De acordo com a CLT:

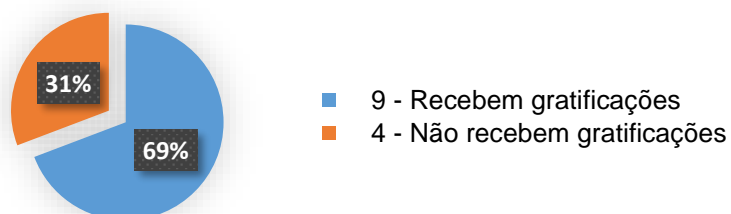
Art. 459 - O pagamento do salário, qualquer que seja a modalidade do trabalho, não deve ser estipulado por período superior a 1 (um) mês, salvo no que concerne a comissões, percentagens e gratificações.

Parágrafo único. Quando o pagamento houver sido estipulado por mês, deverá ser efetuado, o mais tardar, até o quinto dia útil do mês subseqüente ao vencido. (Redação dada pela Lei nº 7.855, de 24.10.1989).

## Afirmativa 11

Questionou-se se a enfermeira, gestora da USF faz Jus a alguma gratificação.

Figura 10: Percentual das respostas obtidas.



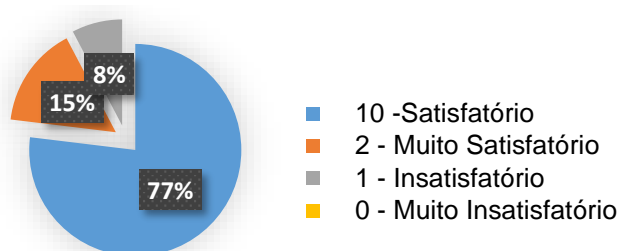
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

A maioria das enfermeiras afirmaram que recebem gratificações do Cidade Saudável, porém a minoria informou que a Cidade Saudável não é considerada gratificação.

### Afirmativa 12

Questionou-se sobre o grau de satisfação sobre o ambiente de trabalho relativo aos materiais de higiene, expediente e equipamentos. As enfermeiras responderam;

Figura 11: Percentual das respostas obtidas.

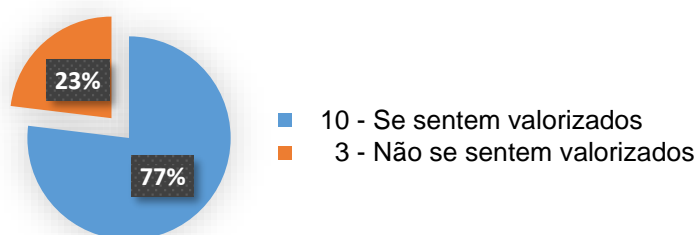


Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

### Afirmativa 13

Questionou-se o sentimento de valorização laboral da enfermeira pelos usuários e com todos no ambiente de trabalho.

Figura 12: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

### Afirmativa 14

Foi solicitada as enfermeiras gestoras das USF's, opinião objetiva de cada uma, especificasse, o que possa vir melhorar de fato o acolhimento a crianças e adolescentes acometidos de DM Tipo 1 na USF. As enfermeiras responderam:

**Quadro 07- Sugestões das enfermeiras gestoras para melhoria do acolhimento**

<b>Margarida</b>	<b>Maior cota para endocrinologista</b>
<b>Tulipa</b>	<b>Mais palestras voltadas para esse público</b>
<b>Jasmim</b>	<b>Só irá melhorar o olhar clínico ao usuário com menos atribuição (sobre carga) e salários mais dignos,</b>
<b>Papoula</b>	<b>Maior participação dos tutores em acompanhar seus filhos aos exames laboratoriais, médicos e nutricionistas.</b>
<b>Açucena</b>	<b>Mais palestras voltadas para esse público</b>
<b>Dália</b>	<b>Orientar os Pais e familiares na importância do tratamento - capacitar equipes - realização de exames com mais rapidez e encaminhamento urgentes para especialista se necessário.</b>
<b>Violeta</b>	<b>A USF já faz o acompanhamento necessário, mas precisaria de médico Endocrinologista especialista em pediatria. Pois, quando o especialista faz a dosagem de insulina, solicita que a USF acompanhe a criança semanalmente, quinzenalmente e mensalmente fazer novos exames de hormônio para observar futuras alterações.</b>
<b>Girassol</b>	<b>Busca Ativa e conscientização dos pais para realizar o tratamento da DM de forma correta e Educação em saúde.</b>
<b>Sempre Viva</b>	<b>Busca Ativa e conscientização dos pais para realizar o tratamento da DM de forma correta e Educação em saúde.</b>
<b>Flor de Lis</b>	<b>Incentivar a população buscar mais a sua USF nos casos em que a família tenha casos de DM.</b>
<b>Rosa Branca</b>	<b>Mais palestras voltadas para esse público</b>
<b>Orquídea</b>	<b>Maior cota para endocrinologista</b>
<b>Gardênia</b>	<b>Busca Ativa e conscientização dos pais para realizar o tratamento da DM de forma correta e Educação em saúde.</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Parte dos relatos identificados nessa afirmativa se relaciona com as ações de cuidado centralizadas nos serviços especializados, afetando significativamente com o princípio da integralidade. Nas palavras de Wolkers, (2019), dentro desse interstício da criança com DM1, grandes são as dificuldades enfrentadas pelos pais e pelos serviços de saúde. O princípio da Universalidade aos serviços de saúde sempre foi e sempre será um grande desafio para a gestão, sempre será necessário a observação de análise efetiva das inúmeras barreiras que dificultam o acesso à saúde, sendo importante a articulação interinstitucional, para a reorganização da porta de entrada no sistema e a superação de vulnerabilidades para a garantia de acesso.

Com vistas de melhorar a comunicação entre os serviços de saúde, estudos apresentam experiências de sucesso com a informatização e formação de um único banco de dados. Assim, a coordenação do cuidado perpassaria os atributos da Atenção Básica, se relacionando também com os demais sistemas municipais da organização macroestrutural das Redes de Atenção à Saúde do município (ALELUIA, 2017).

Nesse contexto, o mal gerenciamento da atenção à saúde e as falhas de comunicação poderão comprometer a segurança da assistência de forma geral. E muitos desses erros acontecem pela dificuldade de comunicação entre os serviços de saúde (OVIEDO, 2015), comprometendo o cuidado integral à saúde, uma das diretrizes do SUS. Além disso, é necessário que a Atenção Básica venha a se aproximar com o modelo de atenção às condições de doenças crônicas propostas pelo Ministério da Saúde (LISE, 2017).

### 6.7 Discussão e aplicação do questionário direcionado a Crianças e aos Adolescentes especificadamente aos pais ou tutores.

Após análise do questionário social com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa, obteve-se os seguintes resultados:

**Quadro 08- Dados sociais das crianças e adolescentes acometidos pela DM1**

Crianças e adolescentes até os 18 anos	
<b>Sexo</b>	Masculino.....10
	Feminino .....12
	Não Binário .....0
<b>Cor</b>	Branca.....10
	Parda.....09
	Preta.....00
	Amarela.....00
	Indígena.....00
	Não sabem.....02
<b>Idade</b>	Até 14 anos.....14
	De 14 à 18 anos.....08
<b>Sabem Ler</b>	Sim.....21
	Não, (Criança de 3 anos).....01
<b>Escolaridade</b>	Primário.....02
	Ensino Fundamental.....07
	Ensino Médio.....12
	Curso Superior.....01
<b>Estado Civil</b>	Solteiros.....22
	Casados.....0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

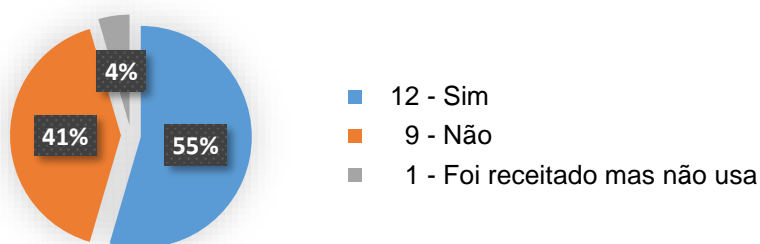
#### Afirmativa 1

Foi questionado se fazem o uso diário de insulina.

Doze disseram que sim, que fazem uso diário de insulina. Nove disseram que não usam diariamente a insulina. E um outro foi receitado, mas não faz uso

diário, alegando abandono do tratamento devido ao difícil acesso à saúde pública. Dos doze que fazem uso, quatro adquirem a insulina por conta própria, e oito adquirem pelo sistema de saúde. Nove dessas crianças que não fazem uso da insulina alegaram que vem controlando os níveis de DM1, mas, sem justificar como controlam os níveis de glicose no sangue. (Fig. 13)

Figura 13: Percentual das respostas obtidas.



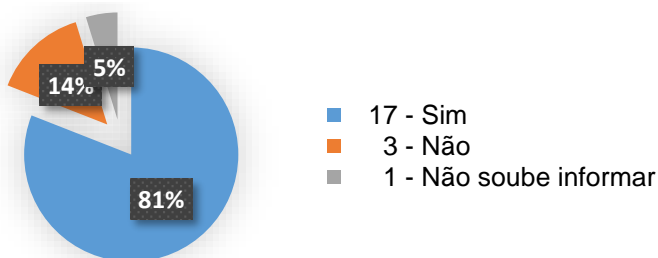
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

### Afirmativa 2

Foram questionados se possuem histórico de DM na família.

Das 17 crianças que informaram ter histórico familiar de DM, sete delas disseram que o pai era portador de DM, outras três informaram que a sua mãe tem DM. E as outras sete crianças informaram que além dos seus pais, os seus avós também são portadores DM1.(Fig.14)

Figura 14: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

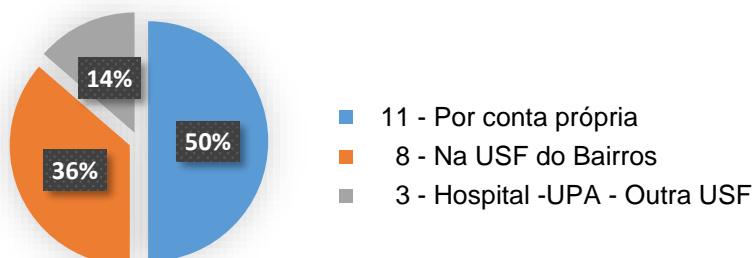
### Afirmativa 3

Foi questionado como descobriram que tinham DM1.

A maioria... ou seja, onze relataram que descobriram por conta própria, pelos sintomas, posteriormente foram para médicos particulares onde foram

constatados a DM1. Dois desses pais informaram que chegaram à conclusão da descoberta após consultar artigos na internet e no site de busca Google.(Fig15)

Figura 15: Percentual das respostas obtidas.



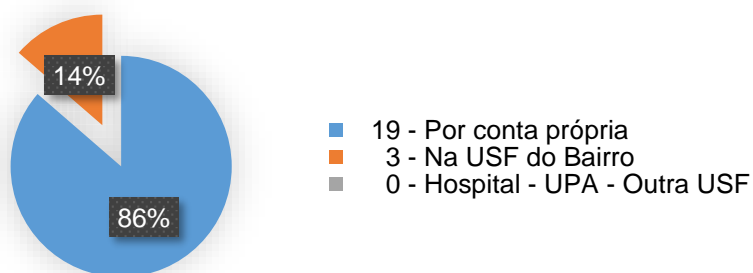
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

#### Afirmativa 4

Foi questionado onde aprenderam a aplicar corretamente a insulina.

Como dito anteriormente, somente doze, menores de 18 anos utilizam a insulina. Dez deles afirmaram que aprenderam por conta própria e outra duas aprenderam na USF de seus bairros. As demais não tomam insulinas. (Fig 16)

Figura 16: Percentual das respostas obtidas.

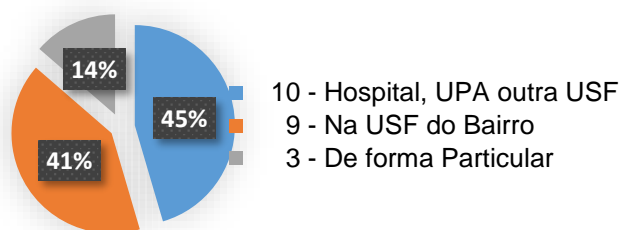


Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

#### Afirmativa 5

Foi questionado se já recebeu alguma orientação alimentar por algum Nutricionista. Observado na Fig 17, a orientação gratuita sobrepõe a particular.

Figura 17: Percentual das respostas obtidas.

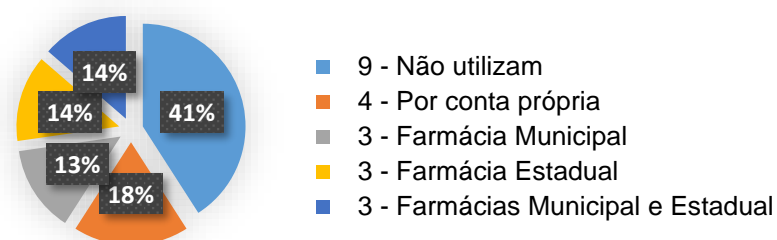


Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

## Afirmativa 6

Foi questionado de que forma adquirem a insulina.

Figura 18: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

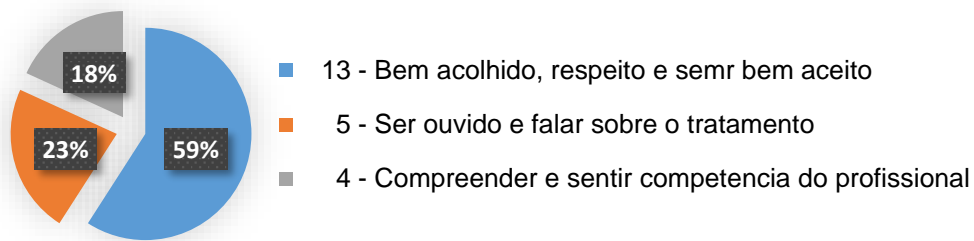
## Afirmativa 7

Foi questionado aos pais, tutores e responsáveis os que eles consideram ser o mais importante no tratamento e nas visitas na USF do seu bairro.

Cinco pais responderam que ser ouvido pelo profissional e falar sobre o tratamento de forma clara é o mais importante. Quatro responderam compreender as orientações dadas e sentir competência por parte do profissional é o mais importante. E a maioria afirmaram que ser bem acolhido pelo funcionário e sentir-se bem aceito e respeitado, seria o mais importante nas visitas rotineira na USF com seus filhos. (Fig 19).



Figura 19: Percentual das respostas obtidas.



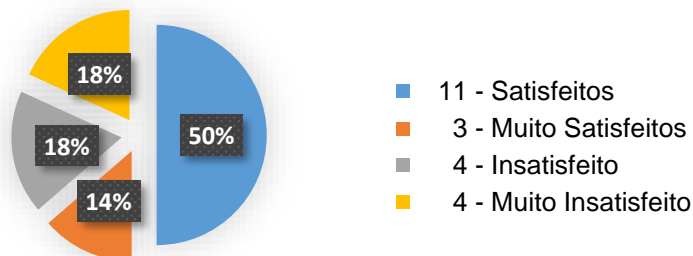
Fonte: Elaborada pelo autor,2022

### Afirmativa 8

Foi questionado o grau de “Satisfação” em relação ao atendimento na USF do seu bairro.

O grau de satisfação “Muito Insatisfeitos” citado por quatro entrevistados, afirmaram que foram devido aos erros de atendimento na recepção e demora no atendimento, como por exemplo enfrentar filas na madrugada. Onze relataram “Satisfeitos”, mas relataram à falta de cotas para atendimento ao Endocrinologista e demora na entrega de fichas. Outros quatro relataram “Insatisfeitos”, que além da demora das fichas do Endocrinologistas, também citaram a demora na entrega dos exames e ausência de endocrinologista com especialidade em pediatria e hormônios para um acompanhamento de forma plena. Por fim três entrevistados afirmaram estarem “Muito Satisfeitos” com o atendimento da USF do seu bairro.(Fig 20)

Figura 20: Percentual das respostas obtidas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

## Afirmativa 9

Foi solicitada uma sugestão para que o atendimento relacionado ao tratamento da DM1 venha se tornar mais satisfatório e mais Humanizado.

Os tutores responderam;

**Quadro 09 - Sugestões dos tutores para melhoria de atendimento humanizado**

Lanterna Verde	Aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames.
Violeta Pera	Criação de grupo de conversa para debate sobre a DM.
Fiona	Dificuldade de acesso aos insumos e que o estado venha a garantir o tratamento.
Mulher Maravilha	Melhorar plenamente o paciente com médicos, exames, medicamento e atendimento médico Para maior conscientização da familiar para devidos cuidados.
Rapunzel	Abandonou o tratamento por dificuldades na entrega de exames, insumos, remédios e atendimento médico.
Super Girl	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista, psicólogos e mais acesso aos exames.
Aquaman	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista, psicólogos e mais acesso aos exames evitar filas na madrugada.
Princesa	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista, psicólogos e mais acesso aos exames evitar filas na madrugada.
Batman	Mais atenção e respeito pelo atendimento, mais cotas de endocrinologistas, consultas e exames rápidos.
Super Homem	Manter medicação em estoque evitando a não entrega dos insumos.
Penélope Charmosa	Melhorar as consultas, e regularidade nas visitas dos ACS.
Cyborgue	Melhorar tempo de atendimento e o tempo de recebimento da insulina.
Josie e as Gatinhas	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames evitar filas na madrugada.
Ravena	Mais atenção e respeito pelo atendimento, mais cotas de endocrinologistas, consultas e exames rápidos.
Estrelar	Mais atenção e respeito pelo atendimento, mais cotas de endocrinologistas, consultas e exames rápidos.
Alerquina	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames evitar filas na madrugada.
Mulher Elástica	Manter medicação em estoque evitando a não entrega dos insumos.
Gordon Freeman	Melhorar a educação dos funcionários da USF.
Senhor Incrível	Acesso prioritário e mais cotas ao Endocrinologista.
Branca de Neve	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames evitar filas na madrugada.
Superpoderosa	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames para quem mora nos bairros afastados.
Moranginho	Agilizar atendimento prioritário, aumentar cota de vagas para endocrinologista e mais acesso aos exames para quem mora nos bairros afastados.

É de suma importância compreender as concepções acerca da humanização no atendimento em saúde, considerando a susceptibilidade do mesmo, especialmente quando se depara com o desenvolvimento das complicações que a diabetes ocasiona se não tiver um acompanhamento adequado. A partir das respostas dos tutores descritas na tabela 09, se pode elencar uma série de fatores que não se pode colocar em segundo plano, principalmente primar pela agilidade no atendimento prioritário, medicamentos e cotas para especialistas (Endocrinologistas).

Assunção et al (2001) ao realizar estudo, visando este contexto, mostrou uma estrutura precária dos postos de saúde referente à disponibilidade recomendada de suprimentos mínimos necessários para atendimento aos diabéticos na cidade de Pelotas –RGS.

#### **6.8 Diagnóstico situacional e a possibilidade de Intervenção e criação de Política Pública de Acolhimento e Humanização nas USF's de Serra Talhada/PE.**

Preliminarmente, ao implantar ou melhorar a Humanização nas USF's do município, será necessário definir as crianças e adolescentes acometidas de DM1 como prioritários no atendimento, pois se trata de uma minoria que carecem de muita atenção dentro da saúde pública. Manter um canal de comunicação dinâmico e constante com seus familiares na marcação de consultas e exames sem a necessidade que o usuário tenha que se locomover até a USF ou para regulação municipal, às vezes, de madrugada, evitando assim alterações hormonais e descontentamento desses a fim de evitar a evasão do tratamento.

Manter um trabalho de investigação de saúde familiar ao identificar crianças e adolescentes com fortes indícios de DM herdadas pelos pais já diabéticos, os ACS são fundamentais no contato com esse público, na manutenção constante do cadastro de endereços atualizados para que em caso de mudança de domicílio sejam transferidos para outra USF dentro do município, para dar continuidade ao tratamento sem prejuízos para estes.

Os ACS também poderão ficar incumbidos de entregar insulinas, e, ou de qualquer outro medicamento e insumos de forma domiciliar para quem mora nos bairros mais afastados do centro da cidade, já que o transporte municipal gratuito não existe para atender essas famílias mais carentes. Padronizar a comunicação

nas USF`s com o NASF, e toda a Atenção básica nas soluções das adversidades que posso vir ocorrer com essas crianças e adolescentes.

Tornar o teste de glicemia capilar obrigatório nas USF`s desde o primeiro atendimento da criança. Pois, ao contrário da glicemia venosa, a capilar é uma forma de exame que não necessita do deslocamento do usuário do SUS para o laboratório, utilizando o glicosímetro e as tiras. A USF também irá fornecer esse material aos pais das crianças e adolescentes caso os níveis de insulina sejam altos, para que estes tenham uma visão mais realista do seu cotidiano, detectando as oscilações do decorrer do dia, repassando essas informações à USF.

Outra demanda por parte dos profissionais do SUS foi a criação de uma gratificação como incentivo financeiro e contratação de mais profissionais devido ao grande aumento populacional, surgimento de novos agravos epidemiológicos, com o objetivo de minimizar sobrecarga laboral e psicológica, bem como aumentar o número de palestras periódicas com os tutores com o intuito de aproximá-los das USF`s.

Outro grande gargalo identificado nos questionários tanto pelos profissionais do SUS quanto pelos próprios pais e tutores das crianças e adolescente foram dois: O primeiro exposto, relatam a ausência de médico Endocrinologista com especialidade em Pediatria e Hormônios no município. Pois, necessitam de acompanhamento, dosagem insulínica e aferição hormonal constantes, evitando transtornos de viagens para capital e desgastes fisiológicos para contra prova.

O paciente ao ser encaminhado ao Endocrinologista da rede pública municipal não terá um acompanhamento eficaz. Pois, apesar desse Médico ser endocrinologista, não é especialista em pediatria e hormônios, que seria imprescindível para a humanização dessa criança assim que esta for diagnosticada com DM1. A contratação de Médico Endocrinologista em Pediatria, não só resolveria o problema do atendimento humanizado, eficaz às crianças e adolescentes, como também iria gerar economia aos cofres públicos nas despesas de traslado, alimentações e de estadia desse público.

O outro gargalo relatado por todos, é a insuficiência de cotas de vagas para o médico Endocrinologista da rede municipal, bem como morosidade ao resultado dos exames. Com isso, sugeriu-se que aumente as cotas de atendimento médico e rapidez nos resultados dos exames. Importante salientar

sobre o melhoramento no atendimento das recepções das USF`s, que por esta é a porta de entrada para a Humanização do Atendimento e o cartão de boas vindas da Atenção Básica.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A humanização no atendimento vem se tornando imprescindível em decorrência da necessidade de mais qualidade no atendimento ofertado dentro dos equipamentos de saúde. Assim é de crucial importância a contratação de especialista em Endocrinologia Infantil, distribuição/logística gratuita de insulina e suprimentos, manter um controle e investigação permanente da identificação de novos casos, prevenção e acompanhamento do público infante/juvenil acometidos de DM1 nas USF`s do município para a plenitude da Humanização no atendimento. Bem como, excluir as filas aos assistidos e obter incentivos constantes aos profissionais que cuidam dessas famílias.

Que essa aplicação de melhoria no atendimento não seja exclusiva dentro da Atenção Básica e sim, dentro de toda a rede pública assim como na rede privada e em de todo o SUS municipal. De certa forma, os procedimentos atuais nos serviços de saúde, já vêm contribuindo de forma constante para que pacientes sejam mais bem atendidos em todos os âmbitos das especialidades e de demandas sociais da cidade.

A aplicar e melhorar o acolhimento Humanizado e defini-la como Política Pública na estratégia da saúde da família e nas USF`s, assim, todos os profissionais da saúde pode utiliza-las para dar mais vistas em sua totalidade ao atendimento aos usuários, afastando a antiga ideia de que a saúde está centrada apenas nos conhecimentos dos médicos.

Ao optar e compreender pela relevância no acolhimento por todos profissionais de saúde, torna-se possível angariar melhores resultados não só no tratamento da DM1 em crianças e adolescentes, mas em outras formas de tratamentos e prevenção dos problemas de saúde demandados pelos os usuários do SUS, fluindo assim, ao caminho da excelência para o melhor funcionamento desse sistema tão complexo.

Dessa maneira, com base nesta pesquisa de campo, ao responder a problemática desse trabalho, 99,9% desses profissionais das USF da cidade de Serra Talhada, apresentaram alto nível de conhecimento sobre o acolhimento

Humanizado nos mais variados segmentos de tratamentos e prevenções, sejam na segurança dos usuários, na retenção de sobrecarga da equipe profissional e até mesmo na organização do atendimento na saúde da USF.

Outrossim, essa pesquisa não vai se exaurir nesse exato momento, pelo contrário, deve ser estudada e aprofundada e estendida nas compreensões ao que tange a prática do acolhimento humanizado ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de DM1, haja vista que esses também foram autores principais desta obra.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. **Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 6 [Acessado 8Maio2022],pp.1845-1856. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>>.ISSN1678-4561.<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.

ANDRADE, Salete Maria Amarante de. **Glicemia Neonatal – comparação dos resultados da determinação da glicemia em recém-nascidos através de amostra sérica venosa e amostra de sangue capilar**. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/4140>. Acesso em 22 Abr.2022.

ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Atenção primaria em diabetes no sul do Brasil: Estrutura, processo e resultado. Revista Saúde Pública, São Paulo, V:35. N1 pg-88-95. Fevereiro de 2001.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; **Fatores relacionados ao controle do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos na rede de Atenção Primária à saúde**. Universidade Federal de Pelotas, UFPEL/RS, 2022. Disponível em: <https://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/TESE%20CECILIA.pdf>. Acesso em 11 Out.2021.

BAGGIO MA, CALLEGARO GD, ERDMANN AL. **Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar**. Rev. Bras. Enferm. 2009 maio/jun; 62(3): 381-6.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.9, n.17, p.389-94, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde** – Lei nº 8.080/90.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica** – NOB 01/96. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde 2004-2007**. Brasília, DF,2004b.Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_11\\_2013\\_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf). Acesso em: 25 abr.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização; 2004. Acessado 15 Set. 2021. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, 2003. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_16.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf). Acesso em: 21 ago.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Vigilatel Brasil. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view>. Acesso em: 25 abr.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus.PDF](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF). Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf) Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6935&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?hiperdia/cnv/hd>. Acesso em 20 Abr.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

CAMPOS, GASTÃO WAGNER de SOUZA. **Efeito Paidéia e o campo da saúde**: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trabalho, educação e saúde, v.4, n.1. Rio de Janeiro, mar. 2006.

CARVALHAES, M. B. L. **Desnutrição e Cuidado Infantil**: Um estudo de casos e controles. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PEDUZZI, Marina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, Julho 2014. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010211X2014000701453&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2014000701453&lng=en&nrm=iso)

CARVALHO, Alysson; SALLES, Fátima; GUIMARÃES, Marília; UDE, Walter. **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Proex, 2002.

CIDADE SAUDÁVEL, **Sistema de gestão para saúde pública**. Acesso autorizado disponível em <https://cidadesaudavel.com/>

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012**. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)



CORDEIRO, HÉSIO. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991. 184 p. (Coleção saúde,1).

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 10 mai. 2022.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciênc. Saúde Colet., 9(1): 7-13, 2004.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2009;33(2):150-160.

FAVERO L, PAGLIUCA LMF, LACERDA MR. **Cuidado transpessoal em enfermagem**: uma análise pautada em modelo conceitual. Rev. Esc. Enferm. USP 2013 mar/abr; 47(2): 500-5.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**. n 24. v 1. p17-27. Rio de Janeiro: jan, 2008.

FORMIGA NS. **Os estudos sobre empatia**: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. Porto (Portugal): O portal dos psicólogos; 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>

FRAGOSO, L. V. C., CUNHA, M. C. S. O., FRAGOSO, E. B., ARAÚJO, M. F. M. **Autocuidado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1**: vivências de adolescentes. Rev fund careonline, v. 11, n. especial, p. 289-296, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, REINALDO, TAVARES, RICARDO A. W. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: ABRACO/IMS-UERJ/ Relume Dumará, 1994. 280 p.

IBGE: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/panorama>, acesso em 25 set. 2021

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Atlas de la diabetes de la FDI octavaedition**; IDF, 2017.

KUNKEL, M.B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da casa/Escola de Saúde Pública, 2002. p.195-202.

LIBERATORE JÚNIOR, Raphael Del Roio, **endocrinologista pediátrico e professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**, 2019.

Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/geral-50721734> Acesso em 05 out. 2021.

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. **Glicemia Capilar em RN.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop\\_93\\_glicemia\\_capilar\\_rn.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_93_glicemia_capilar_rn.pdf). Acesso em 02 Abr.2022.

MELO, Renata. **Doutora em endocrinologia e membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)**, 2019. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/geral-50721734> Acesso em 05 out. 2021.

MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário)

MINAYO, Maria Cecília De Souza (org). **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos e MEIRELLES, Zilah Vieira. **Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva.** Cad. Saúde Pública, 1997, vol.13 supl.2, p.135-140. ISSN 0102-311X.

MINANNI, C. A. et al. Abordagem integral do adolescente com diabetes. Adolescência & Saúde v. 7, n. 1, p. 45-52, jan. 2010. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/usuario/Download s/v7n1a09.pdf](http://file:///C:/Users/usuario/Download/s/v7n1a09.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MONTEIRO, Akemi Iwata et. al. **Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais.** Revista Rene, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4021/3161>. Acesso em: 25 abr.2022

MOURA, ELISANGELA S. de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25309>. Acesso em: 9 out. 2021.

NASCIMENTO, Maristella Santos; Alves do Nascimento, Maria Angela. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: **a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 10 (2):333-345, 2005.

NETO, ANTÔNIO L. N. Gestão de Políticas Públicas Intersetoriais: **Uma Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2015. 35. p Disponível em:[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20643/1/2015\\_Ant%C3%B4nioLeopoldoNogueiraNeto.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20643/1/2015_Ant%C3%B4nioLeopoldoNogueiraNeto.pdf) Acesso em: 25 set. 2021.

NYGREN-KRUG H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. **Saúde e Direitos Humanos**2004; 1(1):13-18.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Assembleia Geral das Nações Unidas**. Nova Iorque, 1948. Disponível em: Acesso em: 27 ago.2021

OVIEDO RAM, Dina C. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter bio-social**. Interface (Botucatu).2015;19(53):237-49. Acessado: 08 Mai. 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>

Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB et al. Empathy among medical students: **Is there a relation with quality of life and burnout?** PLOSOne 2014 Apr; 9(4): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976378/>

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PETERMANN, X. B.; MACHADO, I. S.; PIMENTEL, B. N.; MIOLO, S. B.; MARTINS, L. R.; FE DOSSE, E. **Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde**: uma revisão narrativa. Saúde, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49-56, Jan/Jul, 2015.

PELLICCIARI, C. R., CAMARGO, L. A., NIGRI, A. A., NOVO, N. F. **Perfil clínico e laboratorial de pacientes pediátricos com diabetes mellitus tipo 1**, atendidos em um hospital público terciário de Sorocaba, São Paulo, e sua relação com a adesão ao tratamento. Rev fac ciên med Sorocaba, São Paulo, v.19, n. 2, p.61-66, 2017.

PUCCINI PT, CECILIO LCO. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. *Cad Saude Publica*2004; 20(5):1342-1353.

QUEIROZ, K. C.; SILVA, I. N.; ALFENAS, R. C. G. **Associação entre fatores nutricionais e o controle glicêmico de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1**. Arq Bras Endocrinol Metab, Minas Gerais, v. 54, n. 3, p. 319-325, 2010.

SALES, Ana Amélia da Rocha; LIMA, Flávia Regina Furtado; FARIAS, Francisca Sônia de Andrades Braga. **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde**. Rev. bras. promoç. saúde. 2007; 20(2): 111-5. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1011/2172>

SALES-PERES, S. H. C.; GUEDES, M. F. S; SÁ, L. M.; NEGRATO, C. A.; LAURIS, J. R. P. 22. **Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1**: uma revisão sistemática. Ciência e saúde coletiva, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1197-1206, 2016.

SANTOS, MARTA A. - **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. Associação Brasileira de Ensino Universitário (ABEU-RJ), Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/sk3wMnW6NFQWWNjQ3YNNrB/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 20 ago. 2021

SILVA, A. N. S.; PENNAFORT, V. P. S.; QUEIROZ, M. V. O. **Características Socioculturais e Clínicas de Crianças com Diabetes tipo 1: Subsídios ao Cuidado de Enfermagem.** Rev Enferm UFPE on line, Recife, v.10, n.5, p. 1593-1599, Maio, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. **(Bio)ethics and Family Health Strategy: mapping problems.** Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, mar. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100113&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100113&lng=pt&nrm=iso)

SOUZA, R. R. Ministério da Saúde - Seminário Internacional: **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** São Paulo, 2002.

SOUZA W. S; MOREIRA M.C.N. **A Temática da Humanização na Saúde: alguns apontamentos para debate.** Botucatu, 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HrCHgNbkZcnxR7374sxcngp/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2021

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, Nov. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013001100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001100011&lng=en&nrm=iso)

TEIXEIRA, Vinicius. **Programa de Saúde da Família.** Saúde da Família e Epidemiologia. Apostila de Pós-Graduação. Universidade Gama Filho. 2011.

TRINDADE, CRISTIANO SANTOS. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família.** 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2010.

Vaitsman J, Andrade GRB. **Satisfação e responsividade:** formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Cien Saude Colet 2005; 10(3):599-613.

VICTORA, C. G.; FACHINI, L. A.; BARROS, F. C; LOMBARDI, C. **Pobreza e saúde:** como medir nível socioeconômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro (RJ), 1990.

VIEIRA, MÔNICA. **Recursos Humanos em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>. Acesso em: 25 set. 2021.

Watsoncaringscience.org. Boulder: **Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium; 2014.** Disponível em: <http://watsoncaringscience.org/>Acesso em: 28 set. 2021.

WOLKERS, Paula Carolina Bejo et al. **CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: VULNERABILIDADE, CUIDADO E ACESSO À SAÚDE.** Texto contexto - enferm. 2019, vol.28, e20160566. Epub 01 de abril de 2019. ISSN 0104-0707.

Acesso em: 08 Mai. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2016-0566> .

ZIMMET, P.; ALBERTI, K. G. M. M.; SHOW, J. **Global and societal implications of the diabetes epidemic**. Nature, London, v.414, p.782-787, 2001.

# APÊNDICE I



**Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE**  
**Unidade Acadêmica de Educação a Distância e Tecnologia - UAEDeTec**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL - EGPM**



## QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL DO SUS

De acordo com a Ética nos trabalhos científicos, esses profissionais receberão nomes fictícios de rosas e flores de espécies nativas

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ USF/Bairro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

01. Quantos funcionários e quais profissionais do SUS atualmente trabalham nesta USF ?

Total: \_\_\_\_\_, Sendo: Agentes Comunitários de Saúde: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Assistente de Saúde Bucal: \_\_\_\_\_ Téc. enfermagem: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ Auxiliares em geral: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

02. Quantas famílias ou cidadãos são cobertos por esta USF?

\_\_\_\_\_

03. Como ocorre a comunicação entre os profissionais do SUS, no que diz respeito à resolução de problemas adversos que ocorrem ou que venham ocorrer nesta USF?

\_\_\_\_\_

04. Quantas crianças e adolescentes são acometidos por DM 1 nesta USF?

\_\_\_\_\_ Crianças de até os 13 anos?

\_\_\_\_\_ Adolescentes dos 14 até 18 anos?

05. No primeiro atendimento de criança após a amamentação, nesta USF, é solicitado exame de glicose por parte do enfermeiro ou médico?

( A ) Sim ( B ) Não

06. O exame de glicemia é realizado nesta USF ou o usuário é encaminhado para algum laboratório externo para realizá-lo?

( A ) Sim, é realizado no ato do atendimento na Unidade de Saúde

( B ) Não, o usuário recebe a requisição para encaminhamento ao laboratório para a realização do exame de glicose.

( C ) Outra forma: \_\_\_\_\_

07. Qual o procedimento utilizado nesta Unidade de Saúde após uma criança ou adolescente serem diagnosticados com Diabetes?

\_\_\_\_\_

08. Você conhece a Política Nacional de Humanização - PNH e se é aplicada nesta USF?

( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

09. Como é realizado os procedimentos de acolhimento entre a USF e as Crianças e adolescentes acometidos de DM1.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Você recebe o salário em dias?

( A ) Sim ( B ) Não

11. Você recebe alguma gratificação nesta USF?

( A ) Sim. ( B ) Não, Se Sim, Qual?

\_\_\_\_\_

12. Qual a sua opinião das condições dos equipamentos, materiais de higiene e do local de trabalho?

( A ) Satisfatório

( B ) Muito satisfatório

( C ) Insatisfatório

( D ) Muito Insatisfatório

13. Você se sente valorizado e reconhecido pelos usuários, e com todos no ambiente de trabalho ?

( A ) Sim ( B ) Não

14. Para concluir, na sua opinião, o que pode ser praticado de fato para melhorar o acolhimento a crianças e adolescentes acometidos de DM1 nesta USF?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE II



**Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE**  
**Unidade Acadêmica de Educação a Distância e Tecnologia - UAEDETec**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL - EGPM**



### QUESTIONÁRIO DO PACIENTE

*De acordo com a Ética nos trabalhos científicos, perguntas deverão ser direcionadas aos pais, aos responsáveis ou aos tutores da criança ou adolescente, e estes deverão receber nomes fictícios de Super Heróis de histórias infantis.*

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ USF/Bairro: \_\_\_\_\_  
Entrevistador: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

<p>01. Sexo: ( A ) Masculino ( B ) Feminino ( C ) Não Binário</p> <p>02. Cor: ( A ) Branca ( B ) Preta ( C ) Parda ( D ) Amarela ( E ) Indígena ( F ) S/Informação</p> <p>03. Data de nascimento e idade atual: _____/_____/_____; ( ) Anos ( A ) Até 14 anos, ( B ) de 14 a 18 anos</p> <p>04. Estado civil: ( A ) Solteiro(a) ( B ) Casado(a) ( C ) Menor de 14 anos</p> <p>05. Sabe ler e escrever? ( A ) Sim ( B ) Não ( C ) Só Ler ( D ) Só Escreve</p> <p>06. Atualmente está estudando? Se Sim, ( A ) Ensino médio ( B ) Primário ( C ) Ensino Fundamental ( D ) Superior ( E ) Não</p> <p>07. Faz uso de insulina diariamente? ( A ) Sim quantas vezes ao dia? _____ ( B ) Não. Foi receitado mas não usa ( C ) Não Usa</p> <p>08. Você sabe o seu tipo de Diabetes? Se Sim, Qual? ( A ) Tipo 1, ( B ) Tipo 2, ( C ) Não Sabe</p> <p>09. Possui histórico de Diabetes na família? (Pais, tios, avós, irmãos)? ( A ) Sim ( B ) Não ( C ) Não sabe Se sim, quem? _____</p> <p>10. Como você descobriu seu Diabetes? ( A ) Na USF do seu bairro, que trata agora? ( B ) Consultório Médico / Particular ( C ) Descobriu por exames por conta própria? ( D ) De outra maneira? Qual? _____ _____ _____ _____</p>	<p>11. Na USF, já lhe orientaram sobre como aplicar corretamente a insulina? ( A ) Sim ( B ) Não, porque eu já sabia</p> <p>12. já recebeu alguma orientação alimentar por algum Nutricionista? ( A ) Na USF do bairro ( B ) No Hospital, UPA outra USF ( C ) De forma particular ( D ) Nunca recebeu orientação alimentar</p> <p>13. de que forma adquirem a insulina.? ( A ) na Farmácia Municipal ( B ) na Farmácia Estadual ( C ) na Farmácia Municipal e Estadual ( D ) por conta própria ( E ) não utilizam</p> <p>14. Durante o tratamento e nas visitas na UBS, o que você considera ser o mais importante no atendimento do seu filho? ( A ) Ser ouvido pelo profissional e falar sobre o tratamento de forma clara? ( B ) Compreender as orientações dadas e sentir competência por parte do profissional? ( C ) Ser bem acolhido pelo funcionário e sentir-se bem aceito e respeitado ( D ) Outros: _____ _____ _____ _____</p> <p>15. Quanto a sua satisfação no atendimento na sua USF. ( A ) Muito Satisfeito ( B ) Satisfeito ( C ) Insatisfeito ( D ) Muito Insatisfeito</p> <p>16. Nas suas palavras, qual a sua sugestão para que o atendimento relacionado ao tratamento venha se tornar mais satisfatório e mais Humanizado? _____ _____ _____ _____</p>
--	--