

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM  
DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO BÁSICA**

Alfenas/MG

2021

**MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM  
DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, nível Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Coorientadora: Profa. Dra. Roberta Seron Sanches

Alfenas/MG

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

A851a Assunção, Munyra Rocha Silva.  
Avaliação da implantação da assistência às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção básica. / Munyra Rocha Silva Assunção – Alfenas/MG, 2021.  
211f.: il. –

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2021.  
Bibliografia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pesquisas sobre Serviços de Saúde. 4. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde.  
I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite. II. Título.

CDD-610.73

## MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO

### AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS* EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 29 de Novembro de 2021

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva  
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Maria Coelho Leite Fava, Professor do Magistério Superior**, em 29/11/2021, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Murilo César do Nascimento, Professor do Magistério Superior**, em 29/11/2021, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Usuário Externo**, em 29/11/2021, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0625641** e o código CRC **A3E3FDA3**.

Dedico a Deus, por aquecer meu coração com seu bondoso e generoso amor, por me guiar e me sustentar até aqui.

Aos meus pais, Ailton e Eliana, pelo amor incondicional a mim dispensado. Por ensinar a lutar pelos meus sonhos, pelo apoio e constante oração.

À minha irmã, Maria Laura, pelo amor fraterno e por sempre acreditar em mim.

Ao meu esposo, Marco Aurélio, por ser meu companheiro de vida e por fazer dos meus sonhos, os seus.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por suas mãos poderosas e infalíveis, me fortalecendo e capacitando todos os dias de minha caminhada pela Terra. Seu amor é perfeito e jamais falha!

À **Nossa Senhora Aparecida**, por nunca me abandonar! Por me cobrir com seu manto sagrado e derramar tantas bênçãos e amor sobre mim.

Aos meu pais, **Ailton e Eliana**, fonte de inspiração, de fé, de perseverança e de amor. Gratidão por investirem em mim para que eu pudesse chegar até aqui! Eu amo vocês!

À minha irmã, **Maria Laura**, por acreditar em mim e por ser exemplo de persistência e superação! Amo você minha “Er”.

Ao meu esposo, **Marco Aurélio**, meu porto seguro, companheiro de vida, por me incentivar e apoiar nos meus sonhos, fazendo deles, os seus. Por me fortalecer e amparar nos momentos difíceis e vibrar a cada conquista. Te amo!

À minha avó, **Nina**, exemplo de fé, pela força, pela luta e pelo amor. Obrigada pelas palavras de incentivo. Amo a senhora!

À minha orientadora, **Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava**, pela contribuição inestimável, pelos ensinamentos, pelo empenho, pela empatia em todos os momentos, tornando mais leve o percurso.

À minha coorientadora, **Dra. Roberta Seron Sanches**, pelos ricos ensinamentos, por me acolher, incentivar, aconselhar e acreditar em mim, desde a iniciação científica.

Aos **colegas e amigos** do Mestrado, especialmente, **Nathália e Priscila**, por compartilharem alegrias e tristezas, conselhos e leveza, nosso “Trio das Quartas” para sempre! E **Bianca e Camila**, pela parceria, pela cumplicidade e pela escuta, obrigada por nosso “Trio da Leite”!

Às **professoras e amigas, Dra. Andréia Cristina Barbosa Costa, Dra. Isabelle Cristinne Pinto Costa e Dra. Patrícia Scotini Freitas**, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pelo apoio e pela fé. Meu carinho por vocês é gigantesco!

A todos os meus **amigos**, em especial, **Bárbara, Carolina, Daiane, Isabel, Mariana e Tainara**, pela valiosa amizade ao longo da vida. Mesmo a distância, apoiam, incentivam e vibram pelo meu sucesso.

A todos os **docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas**, por ensinarem com tanta maestria e por serem tão solícitos.

Aos **membros da Banca Examinadora, Dr. Murilo César do Nascimento e Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva**, pela disponibilidade e pelas contribuições valiosas, que enriqueceram o trabalho.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Monte Belo**, por permitir a realização da pesquisa.

Às **equipes dos Serviços de Saúde da Atenção Básica de Monte Belo**, pela atenção e pela colaboração para a realização do estudo.

A **todos** que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste sonho, meu muito obrigada!

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -Brasil (CAPES) –Código de Financiamento 001 para a realização do presente trabalho.

*“Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro. Então vocês clamarão a mim, virão orar a mim, e eu os ouvirei. Vocês me procurarão e me acharão quando me procurarem de todo o coração.”*

(BÍBLIA SAGRADA, Jeremias, 29, 11-13)

## RESUMO

O Diabetes *mellitus* se configura como um relevante problema de saúde, devido a suas altas taxas de prevalência, de complicações e de mortalidade, o que torna essencial a avaliação da implantação das ações oferecidas pelos serviços de saúde da Atenção Básica à pessoa com Diabetes *mellitus*. Estudo com o objetivo de avaliar o grau de implantação das ações desenvolvidas pela atenção básica para a assistência às pessoas com Diabetes *mellitus* em um município do Sul do Estado de Minas Gerais. Estudo avaliativo, tendo com eixo condutor a análise de implantação, segundo o componente 1b (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção), por meio de estudo de caso único, desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família e na Farmácia Municipal de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. Utilizou-se um Modelo Avaliativo, composto por 19 indicadores agregados em duas dimensões, Político-Organizacional e Técnico-Assistencial e em sete subdimensões. A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental, de entrevista, de observação participante e de diário de campo. O grau de implantação das ações desenvolvidas pela Atenção Básica para a assistência às pessoas com Diabetes *mellitus* foi calculado a partir da diferença percentual entre a pontuação máxima esperada e a observada. O grau de implantação foi considerado insatisfatório, com alcance de 54,34% da pontuação esperada. A dimensão Político-Organizacional foi considerada crítica, com 45,23% (Subdimensões: Gestão de Pessoas (45,0% - crítico); Infraestrutura (59,75% - insatisfatório); Integração da Rede de Atenção (16,66% - crítico); Monitoramento e Avaliação (50,0% - insatisfatório), enquanto a Técnico-Assistencial foi insatisfatória, com 60,41% (Subdimensões: Organização do Cuidado (61,11% - insatisfatório); Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento (55,0% - insatisfatório); Prevenção do diabetes e de suas complicações (70,0% - satisfatório). Os resultados obtidos permitiram uma análise geral e detalhada de cada um dos itens e a identificação de fragilidades e de lacunas da implantação das ações dos serviços investigados, assim como sugerir recomendações à equipe de gestores, com vistas a subsidiar a tomada de decisão e, conseqüentemente, impactar em mudanças para uma assistência qualificada e segura que contribua para a redução das taxas de complicações do diabetes e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Básica à Saúde. Pesquisas sobre Serviços de Saúde. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

Diabetes mellitus is defined as a significant health issue due to its high rates of prevalence, complications, and mortality, which makes it essential to evaluate the implementation of measures offered by Primary Health Care services to people with Diabetes mellitus. This study aimed to assess the implementation level of measures developed by Primary Health Care to provide care to people with Diabetes mellitus in a city in southern Minas Gerais. This is an evaluation study, with the implementation analysis as its main axis, according to component 1b (Analysis of the contextual determinants of the intervention implementation level), by using a single case study, developed in the Family Health Strategy and in the Communitarian Drugstore in a city in southern Minas Gerais. An Evaluation Model was used, composed of 19 indicators aggregated in two dimensions, namely Political-Organizational and Technical-Care, and in seven sub-dimensions. Data collection was carried out through document analysis, interviews, participant observation, and a field diary. The implementation level of measures developed by Primary Health Care for the care of people with Diabetes mellitus was calculated from the percentage difference between the maximum expected score and the observed one. The implementation level was considered unsatisfactory, reaching 54.34% of the expected score. The Political-Organizational dimension was considered critical, with 45.23% (Subdimensions: People Management (45.0% - critical); Infrastructure (59.75% - unsatisfactory); Integration of the Care Network (16.66% - critical); Monitoring and Evaluation (50.0% - unsatisfactory), while the Technical-Care dimension was unsatisfactory, with 60.41% (Subdimensions: Organization of Care (61.11% - unsatisfactory); Diagnosis, Treatment and Follow-up (55.0% - unsatisfactory); Prevention of diabetes and its complications (70.0% - satisfactory). The results obtained allowed a general and detailed analysis of each item and the identification of weaknesses and gaps in the implementation of measures of the investigated services, in addition to suggesting recommendations to the management team in order to support decision making and, consequently, impact changes for a qualified and safe care that contributes to reducing the rates of diabetes complications and improving people's quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Care Surveys. Health Care Evaluation Mechanisms.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Estratégia de Saúde da Família.....	55
Quadro 2 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Farmácia Municipal.....	59
Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do Diabetes <i>mellitus</i> na Estratégia de Saúde da Família.....	63
Quadro 4 - Síntese do grau de implantação das ações voltadas ao controle do Diabetes <i>mellitus</i> na Estratégia de Saúde da Família, segundo os indicadores de cada uma das subdimensões e dimensões da Matriz de Análise e Julgamento.....	74
Quadro 5 - Fragilidades e recomendações para os gestores dos serviços de saúde da Atenção Básica.....	108
Quadro 6 - Fragilidades e recomendações para a equipe da Estratégia de Saúde da Família e da Farmácia Municipal.....	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de implantação das ações voltadas ao controle do Diabetes <i>mellitus</i> na Estratégia de Saúde da Família, segundo as dimensões e subdimensões da matriz de análise e julgamento. Monte Belo, MG, 2021.....	73
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AMGC	Automonitoramento da Glicemia Capilar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHDM	Centros Hiperdia Minas
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19	Doença pelo Novo Coronavírus 2019
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DML	Depósito de Material de Limpeza
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2
DRC	Doença Renal Crônica
EPS	Educação Permanente em Saúde
eqESF	Equipe Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de Implantação
GJ	Glicemia de Jejum

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1C	Hemoglobina Glicada
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
HGT	Hemoglicoteste
Hz	<i>Hertz</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
LC	Linhas de Cuidado
m.	Metros
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MEV	Modificações de Estilo de Vida
MG	Minas Gerais
Mg	Miligrama
Min	Minutos
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
MT	Modelo Teórico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

PO	Político-Organizacional
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RI	Revisão Integrativa
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SI	Sistema de Informação
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIS-Hiperdia	Sistema de Informação sobre Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TA	Técnico-Assistencial
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	26
3.1 OBJETIVO GERAL .....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA</b> .....	27
4.1 DIABETES <i>MELLITUS</i> NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA.....	27
4.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS TEÓRICOS.....	29
4.3 SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: PESQUISAS AVALIATIVAS.....	31
4.4 MODELO AVALIATIVO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	33
4.5 DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> NA ATENÇÃO BÁSICA.....	37
<b>5 MÉTODO</b> .....	40
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	40
5.2 CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO .....	40
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	41
5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	42
5.5 COLETA DE DADOS .....	43
5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	44
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
<b>6 RESULTADOS</b> .....	50
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	50
6.2 DETERMINAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	60
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	77

<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	104
<b>9</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	107
9.1	RECOMENDAÇÕES PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA .....	107
9.2	RECOMENDAÇÕES PARA A EQUIPE DA ESF E DA FARMÁCIA MUNICIPAL.....	108
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
	<b>APÊNDICES</b> .....	139
	<b>ANEXOS</b> .....	184

## APRESENTAÇÃO

Iniciei minha graduação em 2013 na Universidade Federal de Alfenas e, nesse período de quatro anos e meio, percorri diferentes caminhos e aprendizados. Transitar pela assistência e pela gerência do cuidado teceu minha formação ao longo dos anos, assim como, ampliou os horizontes e a produção científica.

Percebi, durante essa jornada, a relevância da indissociabilidade das dimensões acadêmicas, do ensino, da pesquisa e da extensão, constituindo-se o eixo fundamental da universidade, e norteador para o meu crescimento profissional e pessoal. Por meio dessa indissociabilidade, buscava relacionar a teoria à prática e a extensão me possibilitava uma aproximação entre a universidade e a sociedade, permitindo a construção do novo saber e a retroalimentação desse conhecimento por meio de práticas inovadoras.

Ao me formar em 2017, compreendi a dimensão e o efeito que a universidade gerou em minha vida no âmbito pessoal e profissional, pois, havia me tornado uma Enfermeira. Foi trilhando meus primeiros passos na profissão que vivenciei a prática clínica em um hospital do meu município que foram marcados por muitos desafios e vitórias. De forma concomitante, iniciei a pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem do Trabalho, que me fez ter ainda mais certeza de que eu gostaria de ir além, de buscar aprofundar o conhecimento e de me tornar docente e pesquisadora.

Durante todo o caminho percorrido, a ideia de um dia me tornar docente e de me qualificar para as práticas pedagógicas sempre esteve presente. Foi nesse momento que o “*start*” para a docência no ensino superior ocorreu, pois fui aprovada como professora substituta na Universidade em que me formei e na Escola em que tanto aprendi, a mistura de sentimentos foi indescritível.

Assim, o direcionamento para minha carreira acadêmica se iniciou, ingressei no mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Federal de Alfenas em 2020, um passo essencial para minha construção acadêmica. E logo me inseri em grupo de pesquisa, em programa de extensão e em projeto de extensão.

Ser integrante do projeto de extensão DIPER, que tem por finalidade desenvolver ações às pessoas com condições crônicas e a suas famílias para

melhor convivência com a condição crônica, me despertou um novo olhar sobre a cronicidade e a sobre necessidade de ampliar o conhecimento a respeito das políticas públicas e de desenvolver ações mais coerentes ao contexto de vida das pessoas.

Dentre as condições crônicas, a Diabetes Mellitus me despertou um profundo interesse, devido ao seu crescimento exponencial, a sua magnitude/complicações e por experienciar a dificuldade das pessoas para o devido controle da doença. Assim, comprometida com a qualidade de vida dessas pessoas, busquei na pós-graduação conhecimentos e referenciais apropriados para compreender as ações realizadas pela Atenção Básica para as pessoas com Diabetes Mellitus, com vistas a subsidiar o processo de trabalho e as políticas públicas de saúde.

Pensando em contribuir para o (re) pensar de ações mais assertivas, busquei aprofundar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus na Atenção Básica com a possibilidade de translacionar o conhecimento para os profissionais, iniciei minha tão sonhada pesquisa, minha dissertação, com o propósito de contribuir não só para o meio científico, mas também para os profissionais envolvidos no cuidado às pessoas e, com vistas ao melhor controle da doença entre as pessoas com DM.

## 1 INTRODUÇÃO

Diabetes *Mellitus* (DM) refere-se a um distúrbio metabólico caracterizado e identificado pela presença de hiperglicemia crônica. A etiopatologia heterogênea inclui defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas e distúrbios no metabolismo de carboidratos, de gorduras e de proteínas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

De acordo com a estimativa da OMS (2016), a prevalência por idade em adultos subiu de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014, com o maior aumento nos países de renda baixa e média. Até 2045, haverá pelo menos 700 milhões de pessoas vivendo com DM (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

No Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com DM, o que representa 6,9% da população, um número que está em crescimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde (MS), no estado de Minas Gerais (MG) registrou a incidência de 408.239 casos de DM em pessoas acima de 15 anos e de 2136 com até 14 anos (BRASIL, 2013a).

Os dados reiteram que o DM é um problema de saúde global comum e grave que evoluiu em associação com mudanças culturais, econômicas e sociais, envelhecimento da população, urbanização descontrolada, mudanças na alimentação, obesidade, prática reduzida de atividade física, estilo de vida não saudável, desnutrição fetal e aumento da exposição fetal à hiperglicemia durante a gravidez (OMS, 2019).

O DM é classificado em Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DMT1), Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DMT2) e Diabetes Gestacional, (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA, 2020). Essa classificação é importante para determinar a terapia empregada, os cuidados clínicos e o suporte dos profissionais de saúde (OMS, 2019).

A abordagem terapêutica consiste na monitorização do controle da glicemia; no processo de educação em saúde, com vistas à prevenção de complicações e à manutenção da qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

O controle inefetivo do DM, ao longo do tempo pode causar danos ao organismo, o que leva ao desenvolvimento de incapacitação e de complicações de saúde com risco de vida (IDF, 2019).

Desse modo, as ações para a prevenção desses danos dependem da pessoa com DM, da família e dos profissionais de saúde, principalmente da Atenção Básica (AB). A AB constitui a principal porta de entrada para o sistema de saúde e suas ações se fundamentam nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012b). A AB visa, à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde, com vistas a atender às necessidades da pessoa com DM (BRASIL, 2013b; SBD, 2019).

Para a efetividade dessas ações, faz-se necessária a vinculação da pessoa com DM às unidades de saúde e às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); a garantia do diagnóstico e do tratamento, do acompanhamento longitudinal, do atendimento por profissionais atualizados, criando um espaço de dialogicidade, a fim de favorecer a adesão da pessoa ao tratamento (SANTOS *et al.*, 2018a).

Dito isso, torna-se um desafio a reestruturação do serviço e do processo de trabalho em saúde para o atendimento das necessidades da pessoa com DM (SANTOS *et al.*, 2018b). Faz-se portanto necessária a integração do cuidado clínico, da prevenção e da promoção da saúde, orientando a ESF para processos de trabalho com apoio matricial das demandas das pessoas (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

De acordo com Brasil (2014a) o apoio matricial é uma nova forma de se produzir saúde, mediante um processo de construção compartilhada, na qual duas ou mais equipes elaboram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, uma estratégia de organização do trabalho considerando a ampliação do escopo de atuação da ESF, com vistas à assistência em saúde de maneira interdisciplinar, integral e resolutiva. A qualificação de conhecimentos, de habilidades e de raciocínio clínico, fundamentados nas melhores evidências, pode melhorar a intervenção clínica, a gestão de caso e a coordenação do

cuidado, o que promove a integralidade da atenção (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Nessa perspectiva, na consulta de avaliação inicial de pessoas com DM, devem-se identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde, levantar a história, realizar o exame físico, avaliar os resultados dos exames, orientar quanto à prevenção e ao manejo de complicações. Os exames laboratoriais envolvem a Glicemia de Jejum (GJ) e Hemoglobina Glicada (HbA1C); colesterol total, High Density Lipoprotein (HDL) e triglicerídeos; creatinina sérica; exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina e fundoscopia. A detecção de retinopatia, da nefropatia, da neuropatia e do pé diabético deve ser realizada com responsabilidades compartilhadas entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde, visando ao acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2013b).

O plano de cuidado para as pessoas com DM deve ter por objetivos: estimular o autocuidado; melhorar a qualidade de vida; intervir sobre outros fatores de risco cardiovascular; prevenir complicações agudas e crônicas; tratar as comorbidades; reduzir a mortalidade e aliviar a sintomatologia (BRASIL, 2013b).

Embora tais ações estejam preconizadas nos protocolos da AB do MS, publicados em 2013 e 2016 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016), dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontaram que 47% das pessoas com DM referem ter recebido assistência médica, nos últimos 12 meses, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29%, em consultórios ou clínicas privadas (BRASIL, 2014b).

Tomasi *et al.* (2017) reiteram que 90% das pessoas com diagnóstico de DM tiveram acesso à consulta na UBS em um período de seis meses e realizaram exame de sangue para o controle da doença; desses, menos da metade referiram ter recebido orientações para o cuidado com os pés e apenas 30% referiram ter seus pés examinados no ano anterior à entrevista. Percebe-se que o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, não necessariamente, garante a atenção que deveriam receber, conforme preconizado nos protocolos assistenciais do MS.

Frente a essa realidade, é fundamental a articulação dos diferentes trabalhadores em saúde da AB para o desenvolvimento de ações que ultrapassam a assistência curativa, buscando pela integralidade de atenção à

saúde, com a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional. O acompanhamento longitudinal das pessoas com DM por uma equipe multiprofissional é de grande relevância para reduzir as complicações em longo prazo e para proporcionar ações de educação em saúde (BERTOLDI *et al.*, 2013; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Ações dessa natureza podem corroborar para a adesão da pessoa com DM ao tratamento, que não é apenas um ato voluntário pessoal, mas permeado pelas dimensões culturais, sociais, educacionais e econômicas, por aspectos relacionados ao cotidiano das pessoas e aos serviços de saúde (MARTINS; RODRIGUES, 2019).

Estudos nacionais que têm como proposta a avaliação da assistência desenvolvida pelos serviços de saúde da AB à pessoa com DM ainda são escassos (SARAPOLLI; ADAMI, 2007; SILVA *et al.*, 2011; MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012; ALBUQUERQUE, 2014; BORGES, 2017; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017b). De modo geral, esses estudos avaliaram as características estruturais, o processo de trabalho e a organização dos serviços públicos de saúde. A avaliação relacionada ao DM abordava o perfil epidemiológico, fatores de risco, complicações, controle da glicemia, adesão ao tratamento e qualidade de vida. A educação em saúde e as barreiras para a aplicabilidade da assistência às pessoas com DM na AB como preconiza as políticas públicas referentes ao DM também foram avaliadas.

Albuquerque (2014) ressaltou que a utilização de princípios de avaliação na saúde possibilita conduzir esforços para as mudanças organizacionais necessárias. Nesse entendimento, devem-se produzir mudanças organizacionais na AB com vistas à manutenção de boas práticas assistenciais e de gestão, para a melhoria da qualidade da assistência, a fim de atender às necessidades da pessoa com DM (SARAPOLLI; ADAMI, 2007).

Os estudos de análise de implantação ou de implementação objetivam avaliar as relações entre a intervenção (políticas, serviços, programas e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com diversos elementos sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes formas. A análise visa delimitar os fatores que podem facilitar ou comprometer a intervenção em um contexto (HARTZ; SILVA, 2005; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

No Brasil, existem poucos estudos acerca da avaliação do grau de implementação da assistência prestada às pessoas com DM na AB (BORGES, 2013; SANTOS *et al.*, 2015b; VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016; GOMES *et al.*, 2021). Embora escassos, estes estudos apontavam para uma inefetividade da AB em ser resolutive, coordenadora do cuidado e principal porta de entrada para o SUS.

A avaliação e o Grau de Implantação (GI) da assistência à pessoa com DM na AB compreendem a análise político-organizacional de todos os seus componentes, bem como a análise dos fatores técnicos-assistenciais que influenciam no GI e permitem identificar os avanços e os entraves do serviço, auxiliando em aperfeiçoamento e na melhora da qualidade da atenção a essas pessoas.

Dada a magnitude do problema DM e a escassez de estudos relacionados à avaliação do GI da assistência às pessoas com DM na AB, emerge o questionamento: As ações desenvolvidas pelo município de interesse para a assistência à pessoa com DM atendem ao preconizado pelo MS? Nessa vertente, propõe-se o desenvolvido deste estudo.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando-se o contexto apresentado sobre o DM como um problema mundial de saúde pública (IDF, 2019; SBD, 2019; OMS, 2019; ADA, 2020), as ações sistematizadas e efetivas, desenvolvidas pela AB para a pessoa com DM, contribuem para garantir o direito dessas pessoas ao tratamento, para reduzir as complicações, a morbimortalidade, os custos associados à doença e para favorecer a adesão ao tratamento.

A análise das ações desenvolvidas pelo município, contexto de investigação, poderá contribuir para as políticas públicas, para a linha do cuidado à pessoa com DM, para a readequação do processo de trabalho em saúde, para a sensibilização dos profissionais de saúde, para a responsabilização e para a corresponsabilização para o controle da doença.

A pesquisa propiciará ao município identificar a relevância das práticas avaliativas no âmbito da saúde e, em particular das ações que abrangem os serviços de AB, com vistas a subsidiar a reorganização dos serviços e a assistência às pessoas com DM.

Assim, a possibilidade de translação do conhecimento, que consiste na troca e na aplicação desse conhecimento com vistas a potencializar os benefícios decorrentes de inovações para fortalecer os sistemas de saúde e a melhoria da saúde das pessoas com DM, pode ser uma contribuição deste estudo.

A proposta do presente estudo está em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa do MS (BRASIL, 2018), no tocante ao Eixo 5- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), o que justifica seu desenvolvimento.

O estudo poderá contribuir para a ciência, uma vez que trabalhos dessa natureza e nessa temática ainda são escassos.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implantação das ações desenvolvidas pela atenção básica para a assistência às pessoas com Diabetes *mellitus* de um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os serviços de saúde da atenção básica do município no que diz respeito à gestão de pessoas, à gestão de recursos materiais e de infraestrutura, ao cuidado e à gestão do cuidado;
  
- Determinar o grau de implantação das ações para a assistência à pessoa com Diabetes *mellitus* na Estratégia de Saúde da Família e na Farmácia Municipal.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

### 4.1 DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA

O MS tem implementado ações com o objetivo de tornar a organização dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) coerente com a demanda de cuidado de pessoas com DM. Dentre essas, destacam-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) para o cuidado crônico. As RAS constituem um novo modelo de cuidado e têm como objetivo promover a integração de ações e de serviços de saúde, visando a uma atenção qualificada, responsável, ininterrupta, integralizada e humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2013c).

As RAS estabelecem diretrizes para a organização das Linhas de Cuidado (LC), que norteiam o processo de trabalho, uma vez que são responsáveis pelas ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e de alta complexidade) também dos sistemas de apoio (BRASIL, 2014c).

A organização da LC para as pessoas com DM visa fortalecer e qualificar a atenção por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, nos diferentes níveis de atenção. A avaliação da pessoa com DM pela equipe multiprofissional deve ser realizada de forma integral, já que comumente o DM está associado a outros fatores de risco/doenças e compromete não apenas a dimensão biológica, como também a emocional, a social, a cultural e a financeira (BRASIL, 2013b).

Para subsidiar as ações na AB, o MS publicou, em 2013, os Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 35 e nº 36, que abordam as ações e o processo de trabalho para o cuidado das pessoas com doenças crônicas em geral e com DM, respectivamente (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014d).

O CAB nº 36 contempla o Manual de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com DM na AB, sendo estas: rastreamento, diagnóstico e acompanhamento da pessoa com DM; tratamento, prevenção e manejo das complicações agudas (cetoacidose diabética; estado hiperosmolar hiperglicêmico e hipoglicemia) e crônicas (nefropatia, retinopatia e nefropatia diabética; pé diabético e doença

cardiovascular); avaliação e cuidados com os pés; atividade física para as pessoas com DM e recomendações para a saúde bucal (BRASIL, 2013b).

Em 2016, o MS publicou o manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, que aborda a relevância do cuidado com os pés para a pessoa com DM, as ações preventivas e educativas que devem ser associadas ao exame periódico, a rotina para avaliação dos pés e os tratamentos para as principais alterações detectadas pelo exame (BRASIL, 2016a).

Ademais, foram elaborados pelo MS os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que visam garantir o melhor cuidado mediante seu contexto e os recursos disponíveis do SUS e possibilitam acompanhar e verificar os resultados terapêuticos a serem almejados. Estão estabelecidos nesses protocolos os critérios para o diagnóstico da doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado, incluindo o medicamentoso; os cuidados com a segurança e os mecanismos de controle clínico. Constituem, portanto, documentos importantes para nortear os profissionais de saúde e os gestores acerca dos parâmetros de boas práticas assistenciais e para garantir também os direitos aos usuários do SUS (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Nesse sentido, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) organizou o Programa Hiperdia Minas, que tem por objetivo “coordenar a estruturação da Rede de Atenção à Saúde da população portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doenças Cardiovasculares (DCV), DM e Doença Renal Crônica (DRC) em MG, por meio de sistema regionalizado e integrado de ações em saúde” (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de atenção secundária à saúde, uma das principais estratégias do Programa Hiperdia Minas foi a implantação de centros de referência para usuários com essas condições crônicas e maior complexidade, denominados Centros Hiperdia Minas (CHDM). Esses centros disponibilizam atendimento especializado e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários, de forma integrada à atenção primária e à atenção terciária à saúde (MINAS GERAIS, 2015).

Em complementação a essas ações, a SES/MG lançou o Protocolo Clínico dos Centros Hiperdia Minas que vem corroborar para que os objetivos dos CHDM sejam alcançados, sendo estes: prestar assistência especializada aos usuários; supervisionar a atenção prestada pelo nível primário de assistência à saúde aos usuários; promover educação permanente aos profissionais de saúde e fomentar

pesquisas científicas e operacionais (MINAS GERAIS, 2010; MINAS GERAIS, 2015).

Nesse contexto, cabe destacar a atuação da SBD na elaboração de consensos e de diretrizes para subsidiar as ações no âmbito nacional dos profissionais de saúde. As atuais Diretrizes 2019-2020 têm por objetivo acompanhar as atualizações do conhecimento científico da área e propiciar a discussão de temas relacionados. Estão organizadas em princípios básicos do DM; rastreamento e prevenção; medidas de estilo de vida; tratamentos farmacológicos; cirúrgico e associado a outras comorbidades; avaliação e manejo do DM na gestação e em complicações crônicas. Assim, objetiva-se atingir o aperfeiçoamento profissional e propiciar assistência médica no tratamento do DM em todo o país (SBD, 2019).

Diante do exposto, percebe-se a responsabilidade dos diferentes níveis de atenção à saúde para o desenvolvimento de ações articuladas, e principalmente da AB, com vistas à prevenção, ao manejo, ao tratamento e ao acompanhamento da pessoa com DM, almejando-se a longitudinalidade e a integralidade das ações, o que torna fundamental e necessária a avaliação em saúde e a avaliação do grau de implantação da assistência.

## 4.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS TEÓRICOS

O campo da avaliação em saúde tem se expandido gradativamente ao longo do tempo, tanto como disciplina teórico-metodológica, quanto como um campo de práticas orientadas, com interesse em transformar uma situação existente em saúde na direção de outra mais desejável, levando-se em consideração princípios e valores ético-políticos (SOUSA, 2018).

Nesse sentido, o propósito da avaliação é diminuir as incertezas pertinentes à tomada de decisão em saúde, desvelando para a sociedade as consequências e os efeitos da implantação e da implementação das políticas, principalmente, daquelas relacionadas à AB (BRASIL, 2005).

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento obtidas, a partir das informações produzidas no dia a dia dos serviços. Embora essas atividades sejam insuficientes para compreender todas

as mudanças necessárias, são fundamentais para que se possam orientar os processos de implantação, reformular e consolidar as práticas de saúde (FELISBERTO, 2004).

Define-se avaliação como a realização de um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Por meio da avaliação, revela-se um recorte da realidade e o uso de seus resultados no processo de tomada de decisão dependerá do contexto político, social e econômico no qual os diferentes atores estão inseridos (SOUSA, 2018).

Nesse sentido, a intervenção pode ser configurada como um sistema organizado de ação, de modo que, em um determinado local e período, se possa modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Assim, a avaliação de uma intervenção pode ser realizada pela avaliação normativa e pela pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em estudar cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e aos critérios e a pesquisa avaliativa utiliza-se de procedimento científico para a realização de julgamento *ex-post* de uma intervenção, com vistas a examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A pesquisa avaliativa decompõe-se em seis tipos de análise, considerando-se as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. São elas: 1) análise estratégica, que investiga a pertinência da intervenção ou sua razão de ser; 2) análise da intervenção, que estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para se atingir estes objetivos; 3) análise da produtividade, que estuda a forma como os recursos são usados para produzir serviços; 4) análise dos efeitos, que avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde e consiste em determinar a eficácia dos serviços pra modificar os estados de saúde; 5) análise do rendimento ou da eficiência, que busca relacionar os recursos empregados com os efeitos obtidos; 6) análise da implantação, que mede a influência que pode ter a variação do GI de uma intervenção nos efeitos trazidos por esta implantação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Especificamente, a análise da implantação configura-se como tipo de avaliação que estuda as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

A análise de implantação se divide em quatro tipos: a) Tipo 1a (Análise da transformação da intervenção) que objetiva explicar a maneira como a intervenção se adapta a seu contexto no decorrer do tempo, como muda de forma, de envergadura e por vezes, de natureza; b) Tipo 1b (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção) que auxilia a compreender as variações observadas no grau de implantação da intervenção; c) Tipo 2 (Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados) que relaciona as variáveis da implantação de uma intervenção com os efeitos observados e a d) Tipo 3 (Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados) que objetiva explicar as variações dos efeitos observados após a introdução da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Na presente pesquisa avaliativa o foco esteve na análise da implantação, no contexto dos serviços de saúde da AB.

#### 4.3 SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: PESQUISAS AVALIATIVAS

O processo avaliativo possibilita a reflexão dos atores envolvidos com o cuidado, a gestão e a gestão do cuidado, o planejamento e a autoavaliação, devendo se constituir como processos dialogados nas equipes, visando alterar o processo de trabalho, orientar as mudanças e se traduzir em ações (CRUZ *et al.*, 2014).

Embora as pesquisas avaliativas do tipo análise do grau de implantação sejam importantes para o planejamento, para a gestão e para o direcionamento de políticas, pesquisas dessa natureza relacionadas ao DM ainda são escassas (BORGES, 2013; SANTOS *et al.*, 2015b; REZENDE; SOUZA, 2016; BORGES, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2021).

Borges (2013), em estudo realizado no município de Cuiabá-MT com o objetivo de avaliar o grau de implementação da assistência prestada à pessoa com diabetes em duas unidades de Saúde da Família, verificaram um grau de implementação crítico para a assistência à pessoa com DM.

Santos e colaboradores (2015b) avaliaram a implantação da RAS aos portadores de DM no SUS em Recife-PE, e observaram a implantação parcial da rede em relação às dimensões de estrutura e de processo de trabalho.

Rezende e Souza (2016) analisaram o processo de implantação do Sistema de Informação sobre Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia) em municípios do estado da Bahia e identificaram que o GI do SIS-HiperDia nos municípios baianos analisados foi baixo, sendo este influenciado por elementos contextuais ligados a questões gerenciais e operacionais.

Borges (2017) avaliaram as ações voltadas ao controle do DM em uma capital do sul do país através de análise de implantação, tendo constatado um GI insatisfatório.

Ribeiro *et al.* (2017) avaliaram a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco, determinando o grau de implantação, a partir das dimensões estrutura e processo e analisando a influência do contexto político e estrutural na variação do grau de implantação. Os NASF dos municípios A, B e C obtiveram um grau de implantação de 72% (parcialmente implantado), 81% (implantado) e 68% (parcialmente implantado), respectivamente. Na análise do contexto, percebeu-se coerência nos resultados, pois o único município onde o NASF foi considerado implantado foi o mesmo que apresentou um contexto mais favorável. Do mesmo modo, o município com o grau de implantação mais baixo foi o que obteve um contexto mais desfavorável.

Gomes *et al.* (2021) avaliaram a implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção às pessoas com hipertensão e diabetes na ESF de Petrolina-PE. Identificaram que o GI e suas dimensões relacionadas à estrutura e ao processo estavam parcialmente implantados.

Em face da escassez de estudos avaliativos do tipo análise do GI sobre o DM e reconhecendo que a assistência às pessoas com DM é uma intervenção complexa, optou-se por esta tipologia nessa pesquisa. Acredita-se que os resultados poderão oferecer subsídios aos gestores e aos profissionais no direcionamento das ações realizadas nos serviços de AB para as pessoas com DM no município pesquisado.

#### 4.4 MODELO AVALIATIVO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*

Considerando os diferentes modelos avaliativos, conforme apresentados no decorrer deste estudo, optou-se pelo modelo avaliativo desenvolvido por Borges (2017), uma vez que as dimensões e as subdimensões que o compõem atendem ao interesse do pesquisador e ao contexto a ser investigado.

Esse modelo avaliativo propõe avaliar o GI da assistência às pessoas com DM, identificando os fatores contextuais que influenciam no grau GI e reconhecendo os fatores facilitadores e as barreiras enfrentados para as ações efetivas (BORGES, 2017).

O modelo avaliativo é constituído pelo Modelo Teórico (MT), Modelo Lógico (ML) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). Os modelos teórico e lógico são representações visuais da estrutura lógica de uma intervenção, os quais devem orientar a definição da MAJ, sendo esta composta por dimensões, indicadores ou critérios, medidas, parâmetros e fontes de verificação (MEDINA *et al.*, 2005; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

O modelo avaliativo é constituído por 19 indicadores agregados em duas dimensões e sete subdimensões. A dimensão Político-Organizacional (PO) envolve as subdimensões: gestão de pessoas; infraestrutura; integração da rede de atenção; monitoramento e avaliação. A dimensão Técnico-Assistencial (TA) compreende as subdimensões: organização do cuidado; diagnóstico; tratamento e acompanhamento; prevenção do DM e suas complicações (BORGES, 2017).

Desse modo, a MAJ é constituída pelos indicadores com as respectivas medidas, que serão pontuadas conforme os parâmetros estabelecidos, com o intuito de se obter a pontuação esperada. Assim, serão percorridos a seguir os indicadores: cobertura dos profissionais; permanência dos profissionais; qualificação dos profissionais; estrutura física; materiais e equipamentos; medicamentos e insumos; normatização da atenção; regulação do acesso aos serviços especializados; adequação da oferta aos serviços especializados; disponibilidade de informação; monitoramento das ações voltadas ao controle do DM; apropriação do território; organização da agenda; atuação interdisciplinar; diagnóstico precoce do DM; tratamento adequado; acompanhamento

sistemático; atividades de educação em saúde e prevenção das complicações associadas ao DM, que compõem a MAJ.

A avaliação da estrutura física, da acessibilidade, da localização geográfica do serviço, assim como do processo de utilização dos serviços de saúde por parte da população, são elementos essenciais para que a AB seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

As unidades de saúde devem estar equipadas com materiais e equipamentos apropriados para o cuidado às pessoas com condições crônicas, devendo estes estar disponíveis durante o processo contínuo de atenção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS, 2015). Segundo o Manual de Estrutura Física das UBS- saúde da família (BRASIL, 2008), são imprescindíveis para o trabalho de uma ESF, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, régua antropométrica, glicosímetro e instrumental cirúrgico.

Com relação aos medicamentos e insumos, identifica-se uma evolução da assistência às pessoas com DM no SUS, concretizando muitas conquistas com relação aos insumos necessários para a monitorização da glicemia e para a aplicação da insulina, como tira reagente, lanceta e seringa com agulha acoplada, além da dispensação de canetas descartáveis de insulinas e de agulhas curtas para canetas (BRASIL, 2013b; SBD 2019).

O acesso aos medicamentos para o tratamento do DM é gratuito, pelo SUS, incluindo a AB, como estratégia complementar, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (FRANCISCO *et al.*, 2019).

A integração da rede com ações e serviços de saúde visa prover uma atenção de forma contínua, integral, humanizada e de qualidade. A formação de uma rede integrada, regionalizada e horizontalizada entre os diferentes pontos de atenção tem se mostrado eficaz e eficiente na organização da saúde. Dessa maneira, os níveis de atenção à saúde devem atuar articuladamente para atender à demanda e para complementar o cuidado à pessoa em sua integralidade (KODNER, 2009; MENDES, 2011; BRASIL, 2013c).

Assim, a integração dos sistemas de saúde e de serviços impacta positivamente na qualidade de vida das pessoas, garantindo cuidado integral e contínuo, de forma a melhorar a adesão ao tratamento e a prevenção de agravos de saúde (DAMACENO *et al.*, 2019).

A informação é um insumo fundamental para a gestão e os bancos de dados e os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) se constituem como importantes ferramentas para que se possa planejar, nortear a tomada de decisão e avaliar políticas de saúde, assim como de serviços, de redes e de sistemas de saúde (FERLA; CECCIM; ALBA, 2012; PINHEIRO *et al.*, 2016).

A definição do território e da população adstrita permite a facilidade de acesso e uma relação mais próxima com as famílias, pois estreita as relações, tornando-as mais horizontais, estimula práticas integradoras, marcadas pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

O acesso de qualidade é uma das principais dimensões das políticas públicas em saúde. A busca pelo cuidado universal, integral e longitudinal é um ponto central da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). Uma das formas de permitir esse acesso é por meio da reorganização da agenda e da ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde (CIRINO *et al.*, 2020).

O agendamento programado, ou seja, a marcação de consultas, é a maneira mais frequente do atendimento realizado pelos profissionais de saúde (COSTA *et al.*, 2013b; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017; CANUTO *et al.*, 2021). Porém, é importante a organização e a flexibilização da agenda dos profissionais, de modo a ampliar o acesso e a romper com o modelo biomédico, com vistas a uma melhor assistência à população, trabalhando a saúde em seu conceito ampliado, atuando além da queixa conduta, de maneira resolutiva e integral (COSTA *et al.*, 2013a; CANUTO *et al.*, 2021).

A atuação dos diferentes profissionais na AB proporciona uma atenção à saúde com maior resolubilidade, amplia o escopo das ações e possibilita um processo interdisciplinar (BRASIL, 2012b). De modo especial, a atuação de médicos e dos enfermeiros é um fator importante para o sucesso das ações desenvolvidas na ESF. Por outro lado, a rotatividade desses profissionais pode comprometer o vínculo com a população e influenciar na qualidade da assistência e na satisfação dos usuários (CAMPOS; MALIK, 2008; TONELLI *et al.*, 2018).

A qualidade dos serviços de atenção à saúde para o cuidado à pessoa com DM pode ser influenciada pela qualificação/capacitação dos profissionais

(SANTOS *et al.*, 2020). Percebe-se a importância da qualificação desses profissionais para a efetivação dos atributos da APS (LEÃO; CALDEIRA, 2011), uma vez que o planejamento das ações de incentivo à qualificação profissional nos serviços visa à aquisição de competências necessárias ao dinamismo do cuidado na AB (MOREIRA *et al.*, 2017a). Além disso, a qualificação dos profissionais atuantes na atenção por meio da educação permanente é fundamental, com vistas a promover uma corresponsabilidade com as pessoas em acompanhamento, de modo a propiciar maior resolubilidade da atenção (COSTA *et al.*, 2013b).

Os profissionais de saúde da ESF devem atuar de maneira multidisciplinar e interdisciplinar, com vistas a priorizar o território como foco para a realização de intervenções e de orientações sobre promoção à saúde e prevenção de doença. É importante ampliar intervenções contemplando a comunidade e seu entorno, a fim de possibilitar a construção de novas formas de atuação, dentro do processo de trabalho, e de integrar todos os saberes (LIMA *et al.*, 2016).

Verifica-se também que ações direcionadas ao diagnóstico precoce e correto do DM são fundamentais, uma vez que permitem que sejam adotadas medidas terapêuticas, retardando o aparecimento das complicações crônicas (GROSS *et al.*, 2002; SOUZA; BARROSO; GUIMARÃES, 2014). Lipska *et al.* (2016) identificaram que, com o aumento do tempo para o diagnóstico, há o aparecimento de complicações microvasculares e macrovasculares entre pessoas com DM e, principalmente, quando estas pessoas desconheciam ter a doença na época do diagnóstico.

O tratamento do DM objetiva manter o bom controle metabólico, diminuindo o risco de complicações. É constituído de terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às Modificações de Estilo de Vida (MEV) com ênfase na abordagem nutricional individualizada e na prática regular de atividade física, e a segunda, no uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina (SBD, 2019).

O acompanhamento sistemático e longitudinal de pessoas com DM na AB deve ser realizado de acordo com suas necessidades e singularidades, de modo a incluir o apoio para as MEVs, o controle metabólico e a prevenção das complicações (BRASIL, 2013b).

As práticas educativas se mostram como potencial meio de apoio, centradas na promoção da qualidade de vida. As ações educativas para o autocuidado em DM, conduzidas por profissionais capacitados e em condições que propiciem conhecimentos sobre o DM, contribuem para o melhor controle da doença, com vistas às modificações nos hábitos de vida e ao melhor manejo da doença, permitindo também o acompanhamento dessas pessoas (SCAIN *et al.*, 2007; SANTOS; TORRES, 2012; ENCARNAÇÃO; SANTOS; HELIOTÉRIO, 2017). Igualmente, deve ser dada ênfase à prevenção de complicações do DM e, na presença de complicações, deve-se viabilizar o acesso às unidades para a avaliação precoce e para o tratamento (VENERMO *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, as ações de cuidado necessitam ser monitoradas, com o intuito de conhecer os resultados e de estabelecer boas práticas. Assim, os indicadores de saúde são reconhecidos como ferramenta de mensuração dessas ações, os quais refletem o quadro real das condições de saúde de uma população. Auxiliam no entendimento do processo de trabalho, orientando gestores de saúde no planejamento e controle das atividades, com vistas a promover a melhoria contínua do serviço, principalmente, da assistência, auxiliar nas tomadas de decisões clínicas e contribuir com o gerenciamento de boas práticas em saúde (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015a; BAÓ *et al.*, 2019).

#### 4.5 DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

A AB em saúde envolve processos de trabalho com situações complexas, com diversidade de relações e com cobranças por resultados exitosos. Daí a importância de rever conceitos e atitudes que não atendem a essa realidade, instituindo meios de vincular o planejamento com a avaliação de forma mais participativa nas equipes (CRUZ *et al.*, 2014).

Percebe-se que a AB enfrenta desafios na assistência às pessoas com DM, conforme resultados dos estudos apresentados a seguir, que apontam lacunas importantes para a resolutividade, para a integralidade e para a efetividade da atenção.

Estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas

com DM, na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, constatou que a assistência estava centralizada no modelo biomédico e não visava à integralidade das ações necessárias para o cuidado às pessoas com DM (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017). Esses resultados coadunam com Silva *et al.* (2011) pois, no componente processo, percebeu-se a fragmentação das ações implementadas na assistência às pessoas com DM.

Zacharias *et al.* (2016) avaliaram a atenção à saúde aos pacientes com DM2 a partir dos recursos humanos, dos registros de profissionais e de atividades técnicas em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo/SP. Verificaram que nos prontuários haviam registros predominantemente médicos, o que indica uma atuação centrada no modelo biomédico.

Marinho *et al.* (2018) avaliaram a satisfação de 97 usuários de um serviço especializado em DM em Barbalha-CE. Constataram insatisfações com as dimensões da infraestrutura, como equipamentos, consultórios e medicamentos, e com a acessibilidade, relacionadas à realização de exames laboratoriais e à marcação de consultas médicas.

Estudo de Tavares *et al.* (2014) avaliou a qualidade da atenção às pessoas com DM nas Unidades de Saúde da Família de Petrolina-PE e identificou a indisponibilidade de endocrinologista para encaminhamento na atenção secundária e também, dentre as fragilidades a falta de profissionais treinados.

Zacharias *et al.* (2016) identificaram que, em relação à consulta de enfermagem, cinco (3.3%) dos pacientes tiveram consulta com o enfermeiro, sendo essas pontuais com registro de orientações sobre uso de medicamentos, não se constituindo a rotina no serviço. Corroborando o estudo, pesquisa desenvolvida por Silva *et al.* (2014) investigou as ações realizadas durante a consulta de enfermagem à pessoa com DM na AB em ESF de Picos-PI, sendo verificado que essa consulta de enfermagem ainda não se configurava como uma prática de rotina e enfocava ações desenvolvidas no histórico e nas intervenções.

Estudo de Silveira *et al.* (2010), ao analisar o acompanhamento de pessoas com DM na UBS da Família Pedregal II do município de Cuiabá-MT, constatou que os parâmetros como circunferência abdominal, avaliação do fundo de olho e exame dos pés foram realizados em menos de 12% das pessoas. Os

exames laboratoriais como GJ e HbA1C foram pouco solicitados; durante as consultas, orientações sobre tabagismo, prática de atividade física e alimentação saudável não foram valorizadas ou não foram devidamente anotadas. Os registros dos prontuários e das fichas SIS-Hiperdia apontavam para um acompanhamento bastante deficiente às pessoas com diabetes. Esses resultados também foram encontrados por Zacharias *et al.* (2016) que identificaram que o registro das medidas antropométricas foi considerado baixo, sendo que, em apenas quatro (2.6%) das pessoas com DM a medida da circunferência abdominal foi realizada.

Paiva, Bersusa e Escuder (2006) avaliaram a assistência à pessoa com diabetes e/ou com hipertensão do PSF do município de Francisco Morato-SP. Em relação ao atendimento ofertado pelo PSF, 35,9% receberam excelente exames diagnósticos e 10,9%, excelentes exames físicos. Cerca de 20,8% dos pacientes relataram complicações relacionadas à doença.

Salci *et al.* (2017) constataram a existência de desarticulação entre os profissionais da ESF, destes com os usuários, com a família e com a comunidade, além da ausência de estratégias diretivas para a implementação das políticas públicas para o DM na prática assistencial.

## 5 MÉTODO

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, que utilizou como eixo condutor a análise de implantação segundo o componente 1b (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção), proposto por Champagne *et al.* (2011).

Define-se pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção por meio de métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e os ganhos de uma intervenção, bem como a existência de relações entre a intervenção e o seu contexto, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões (HARTZ, 1997).

No tocante à análise da implantação das ações, esta tem como princípios estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a implementação. Essa análise possibilita certificar se a intervenção foi bem implantada e ofertar informações sobre as características desta intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Conforme proposto por Champagne *et al.* (2011), a análise de implantação do Tipo 1b auxilia na compreensão das variações observadas no grau dessa implantação. Pauta-se, então, na análise do GI de uma intervenção em conformidade com características contextuais.

Dessa forma, o estudo buscou compreender a influência dos contextos PO e TA no GI das ações desenvolvidas pela AB para a assistência às pessoas com DM.

### 5.2 CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado em uma ESF e na farmácia municipal de um município do Sul de MG, com uma população estimada para 2019 de 13.166 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010). Segundo a Coordenação da AB, o município possui 633 pessoas com DM (Fonte: Informação obtida pela coordenadora da AB).

Em relação à AB, o município oferece assistência por meio de três ESFs e de três Centros de Saúde, com cobertura de 79, 83%.

A composição da ESF atende ao mínimo preconizado pelo MS (BRASIL, 2012), sendo: enfermeiro, médico, Técnico de Enfermagem (TE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A ESF selecionada é a mais antiga no município e as demais estão em fase de implantação.

O município implantou, em 2019, o NASF, que é constituído por dois fisioterapeutas, um nutricionista e um educador físico, e a Academia de Saúde, em 2013, por um educador físico.

O acesso aos medicamentos e insumos é centralizado na farmácia municipal, cuja equipe é composta por farmacêutica, auxiliar administrativo e recepcionistas.

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Considerando que o objetivo da análise de implantação é conhecer o cenário onde a intervenção está implantada e que este cenário deve oferecer diferentes níveis de explicação do fenômeno observado, elegeu-se como informantes-chave os atores implementadores da intervenção, pois são eles que desenvolvem as ações às pessoas com DM.

Consideraram-se, portanto, os participantes, médico (1); farmacêutico (1); TE (1); enfermeiro coordenador da ESF (1); coordenadora da AB (1) do município e Apoio à gestão (2). Não houve a participação do Secretário de Saúde, tendo como justificativa a alta demanda de trabalho, o que inviabilizou a realização da entrevista.

#### Critérios de Inclusão:

Adotou-se como critérios de inclusão: profissionais de saúde da ESF mais antiga do município; farmacêutica da farmácia municipal, coordenação da AB e de apoio à gestão.

#### Critério de Exclusão:

Foram considerados critérios de exclusão: participantes que estivessem no período da coleta de dados, em afastamento.

#### 5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado o modelo avaliativo, validado e autorizado (BORGES, 2017), que avalia as ações realizadas pela AB voltadas ao controle do DM, é composto por MT, ML e a MAJ (ANEXO C).

Os modelos Teórico e Lógico são compreendidos por um esquema visual para avaliar como um programa deve ser implementado e quais os resultados esperados, o que propicia uma visão integral de como a intervenção deve funcionar. Por meio desse esquema visual, torna-se possível mostrar a ligação entre uma intervenção e seus efeitos, e evidenciar as ligações entre as estruturas, os processos e os resultados, bem como com os contextos políticos e organizacionais (MEDINA, 2005; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Esses modelos orientam a definição da MAJ. Desse modo, fez-se necessário o desenho de uma matriz, composta pelas dimensões, pelos critérios, pelas medidas e pelos parâmetros que serão utilizados, assim como as fontes de informação (MEDINA *et al.*, 2005; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Dessa forma, as MAJs são utilizadas como forma de expressar a lógica de uma intervenção em sua parte, ou no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, para oportunizar a síntese em forma de juízo de valor (ALVES *et al.*, 2010).

O modelo avaliativo é composto por 19 indicadores agregados em duas dimensões e em sete subdimensões. A dimensão PO envolve as subdimensões: gestão de pessoas; infraestrutura; integração da rede de atenção; monitoramento e avaliação. A dimensão TA compreende as subdimensões: organização do cuidado; diagnóstico; tratamento e acompanhamento; prevenção do DM e suas complicações (BORGES, 2017).

A opção pelo modelo avaliativo de Borges (2017) deve-se pela amplitude das dimensões e das subdimensões a serem avaliadas, que estão em consonância à proposta de avaliação dos pesquisadores, pelo exemplo de organização, de coordenação e de implantação da assistência à saúde no Brasil; e por atender a realidade de um município de pequeno porte.

É importante mencionar que na MAJ, foram substituídos os termos UBS e eqAB por ESF e eqESF, respectivamente, e também mantida a farmácia

municipal na ESF, uma vez que a reformulação da política da AB possibilitou a centralização da farmácia e por atender a realidade do município pesquisado.

## 5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de Julho a Outubro de 2020 na ESF, na farmácia municipal e na secretaria de saúde, a partir do modelo avaliativo (BORGES, 2017). Adotaram-se seguintes técnicas: análise documental, entrevista, observação participante com o uso de diário de campo para registro. Foram utilizados os roteiros de Entrevista Semiestruturada (ANEXO A) e de Observação Participante (ANEXO B) propostos pelas autoras (BORGES, 2017).

A coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

Etapa 1- Levantamento de pessoas com diagnóstico de DM na ESF pela análise documental, por meio de prontuários;

Etapa 2- Análise documental do Plano Municipal de Saúde (PMS) e da Carteira de Serviço da APS;

A análise documental consiste em identificar, em verificar e em apreciar os documentos com vistas a obter os dados pertinentes para a avaliação do cuidado à pessoa com DM. Deve-se extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitindo a localização, a identificação, a organização e a avaliação das informações incluídas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005).

Etapa 3- Análise do processo de trabalho e da infraestrutura, por meio da observação participante, após agendamento prévio na ESF e na Farmácia Municipal. Essa etapa foi realizada pela pesquisadora que acompanhou as atividades realizadas pelos participantes durante cinco dias consecutivos, por duas horas em cada serviço, totalizando 20 horas de observação participante. A pesquisadora teve a oportunidade de verificar os aspectos estruturais, organizacionais e operacionais do trabalho, seguindo o roteiro para a observação e discutir com a equipe a assistência realizada no serviço. Além disso, foi possível observar as seguintes atividades: acolhimento das pessoas que buscavam pelo atendimento na ESF e na Farmácia; agendamento/marcação de consultas; dispensação de medicamentos; reunião

de equipe e atividades de educação em saúde. O registro das impressões e das observações obtidas durante as visitas foi realizado em diário de campo.

A observação participante é um processo no qual o pesquisador está frente a frente com o observado e o pesquisador fará parte do contexto sob observação e, ao mesmo tempo, coletará os dados (MINAYO, 2008). Foi necessário observar a rotina do trabalho, os detalhes do cuidado prestado e o comportamento das pessoas.

Etapa 4- Coleta de dados com os gestores (Coordenadora da AB e apoio à gestão), enfermeiro coordenador da ESF, TE, farmacêutica e médico, por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas individualmente em local no próprio ambiente de trabalho, de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, totalizando aproximadamente cinco horas de gravação.

A entrevista é uma técnica que privilegia a investigação do sentido e constitui-se no campo intersubjetivo pesquisador-participante, com variabilidades e influências contextuais, corroborando para o papel ativo de ambos no decorrer da entrevista. Ela também possibilita e oportuniza a expressão e a percepção de experiências não reveladas ao longo da história (SIONEK; ASSIS; FREITAS, 2020).

## 5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Os dados foram transcritos em um editor de texto do Programa Word da *Microsoft*. Procedeu-se à leitura e à releitura dos dados em busca de informações que remetiam às medidas que compõem as subdimensões da MAJ.

Os dados extraídos das entrevistas e da observação correspondendo a cada medida, foram transcritos para uma coluna construída na MAJ (APÊNDICE A). Mediante a resposta, atribuiu-se a pontuação, conforme os parâmetros estabelecidos na MAJ para cada medida.

A somatória dessas medidas forneceram a pontuação para os indicadores que compõem as subdimensões, que, somados, totalizaram a pontuação das dimensões da MAJ para então determinar o GI das ações.

A pontuação das medidas foi obtida pela média aritmética entre as respostas dos participantes e da pesquisadora (conforme prevista na MAJ), e o número de respondentes.

Conforme previsto na MAJ, algumas medidas tiveram como fonte de informações apenas as obtidas pelo observador participante. São elas: % itens contemplados no *checklist* "ESF com acessibilidade aos usuários"; % itens contemplados no *checklist* "ESF com estrutura física adequada"; % itens contemplados no *checklist* "Materiais e equipamentos para as ações voltadas ao controle do DM"; % de itens contemplados no *checklist* "Fornecimento de medicamentos para tratamento do DM" e % de itens contemplados no *checklist* "Fornecimento de insumos para aplicação de insulina e AMGC".

Foi utilizado o cálculo da média aritmética simples para a obtenção da pontuação de cada medida:

$$P_{EM} = R_{r1} + R_{r2} + \dots + R_{rn}$$

$$P_{OM} = \left( \frac{P_E}{N_r} \right)$$

Onde =  $P_{EM}$ : Pontuação encontrada da medida

$R_r$ : Resultado obtido por respondente

$N_r$ : Número de respondentes

$P_{OM}$ : Pontuação obtida da medida

Quando a pontuação obtida para a medida não correspondeu à pontuação exata estabelecida na MAJ, procedeu-se à aproximação para a melhor pontuação da matriz, a depender da pontuação atribuída por participante, fazendo, portanto, a análise do contexto.

A pontuação dos indicadores foi obtida pela soma das pontuações das medidas que o compõem.

$$P_I = M_1 + M_2 + \dots + M_n$$

Onde =  $P_I$ : Pontuação do indicador

M: Valor da medida

Para determinar o GI dos indicadores, realizou-se a proporção entre a pontuação encontrada e a pontuação máxima esperada.

$$GI_I = \left( \frac{P_{EI}}{P_{MEI}} \right) \times 100$$

Onde = GI: Grau de Implantação do Indicador

$P_E$ : Pontuação encontrada no Indicador

$P_{ME}$ : Pontuação máxima esperada do Indicador

A pontuação de cada subdimensão foi obtida pela soma da pontuação dos indicadores.

$$P_{SD} = I_1 + I_2 + \dots + I_n$$

Onde =  $P_{SD}$ : Pontuação da subdimensão

I: Pontuação do Indicador

Para determinar o GI das subdimensões, realizou-se a proporção entre a pontuação encontrada e a pontuação máxima esperada.

$$GI_{SD} = \left( \frac{P_{ESD}}{P_{MESD}} \right) \times 100$$

Onde =  $GI_{SD}$ : Grau de Implantação da subdimensão

$P_E$ : Pontuação Encontrada na subdimensão

$P_{ME}$ : Pontuação Máxima Esperada na subdimensão

A pontuação da dimensão PO foi obtida pela soma da pontuação das subdimensões que a compõem (Gestão de Pessoas; Infraestrutura; Integração da Rede de Atenção; Monitoramento e Avaliação).

$$P_{DPO} = P_{SDGP} + P_{SDIE} + P_{SDIR} + P_{SDMA}$$

Onde =  $P_{DPO}$ : Pontuação da Dimensão Político-Organizacional

$P_{SDGP}$ : Pontuação da Subdimensão Gestão de Pessoas

$P_{SDIE}$ : Pontuação da Subdimensão Infraestrutura

$P_{SDIR}$ : Pontuação da Subdimensão Integração da Rede de Atenção

$P_{SDMA}$ : Pontuação da Subdimensão Monitoramento e Avaliação

Para determinar o GI da dimensão PO, realizou-se a proporção entre a pontuação encontrada e a pontuação máxima esperada.

$$GI_{DPO} = \left( \frac{P_{EDPO}}{P_{MEDPO}} \right) \times 100$$

Onde =  $GI_{DPO}$ : Grau de Implantação da Dimensão Político-Organizacional

$P_E$ : Pontuação Encontrada na Dimensão Político-Organizacional

$P_{ME}$ : Pontuação Máxima Esperada na Dimensão Político-Organizacional

A pontuação da dimensão TA foi obtida pela soma da pontuação das subdimensões que as compõem (Organização do Cuidado; Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento; e Prevenção do Diabetes e suas Complicações).

$$P_{DTA} = P_{SDOC} + P_{SDDTA} + P_{SDPDC}$$

Onde =  $P_{DTA}$ : Pontuação da Dimensão Técnico-Assistencial

$P_{SDOC}$ : Pontuação da Subdimensão Organização do Cuidado

$P_{SDDTA}$ : Pontuação da Subdimensão Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento

$P_{SDPDC}$ : Pontuação da Subdimensão Prevenção do Diabetes e suas Complicações

Para determinar o GI da dimensão TA, realizou-se a proporção entre a pontuação encontrada e a pontuação máxima esperada.

$$GI_{DTA} = \left( \frac{P_{EDTA}}{P_{MEDTA}} \right) \times 100$$

Onde =  $GI_{DTA}$ : Grau de Implantação da Dimensão Técnico-Assistencial

$P_E$ : Pontuação Encontrada na Dimensão Técnico-Assistencial

$P_{ME}$ : Pontuação Máxima Esperada Dimensão Técnico-Assistencial

A pontuação máxima esperada para a implantação das ações corresponde a 800 pontos, que equivale a 100%. É importante destacar que a MAJ prevê distribuição dos pontos de modo que a dimensão TA tenha peso 50% maior do que a PO, por compreender que os resultados das ações assistenciais para o DM estão diretamente relacionados com o processo de trabalho e com as características do cuidado estabelecidas pela ESF.

O GI das ações desenvolvidas pela AB para a assistência às pessoas com DM foi obtido pelo cálculo da proporção entre a soma da pontuação encontrada nas dimensões PO e TA e a pontuação máxima esperada para a implantação das ações que corresponde a 800 pontos.

$$GI = \left( \frac{P_E}{800} \right) \times 100$$

Onde = GI: Grau de Implantação das ações

$P_E$ : Pontuação encontrada na MAJ (Soma das dimensões PO e TA)

Para o julgamento do GI, utilizou-se pontos de corte nas categorias de julgamento: sendo: (1) crítico: < 50,0%; (2) insatisfatório:  $\geq 50,0$  e < 70,0%; (3) satisfatório:  $\geq 70,0$  e < 85,0%; (4) adequado  $\geq 85,0\%$  (BORGES, 2017).

Ressalta-se que todos os dados da MAJ foram devidamente preenchidos.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas, via Plataforma Brasil, e obteve autorização,

conforme o parecer número 4.051.363 (CAAE 30590620.1.0000.5142) (ANEXO E).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos e a fim de atender aos preceitos éticos e às normas e diretrizes regulamentadoras estabelecidos pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012a), os participantes foram convidados a participar e, após aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e, outra, com a participante, garantidos o anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa. Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal.

As identidades dos participantes, bem como da unidade de saúde foram preservadas, conforme legisla tal Resolução e foram adotados códigos, como R<sub>P</sub> (Profissionais e Gestores), seguidos por números arábicos. Todos os participantes foram consultados, de maneira explícita, para o consentimento de gravação de voz.

## 6 RESULTADOS

Nesta seção, serão discorridos os resultados do estudo, sendo estes, a caracterização dos serviços de saúde da AB do município e a determinação do GI das ações realizadas na ESF e na farmácia municipal.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

O estudo foi desenvolvido em um município do Sul de MG com a participação de todos os profissionais de saúde, conforme critérios de inclusão.

#### **Secretaria Municipal de Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Bem Estar Social é o órgão da prefeitura que tem por competência gerir o SUS no âmbito do município. Fica a cargo da SMS a gestão dos recursos financeiros do SUS, a administração dos recursos humanos e de materiais, a farmácia e a diretoria de controle, a avaliação e a regulação (Fonte: Análise documental- PMS 2018-2021).

É de competência da SMS o levantamento de problemas de saúde do município, a proposição de políticas de saúde, o desenvolvimento de programas e de ações de saúde em coordenação com entidades estaduais e federais e a execução de programas de ação preventiva, de educação sanitária e de controle epidemiológico permanente (Fonte: Análise documental- PMS 2018-2021).

A SMS tem disponível sistemas específicos de cadastro e de acompanhamento de ações, tais como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); SIAB; Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), dentre outros (Fonte: Análise documental- PMS 2018-2021). No entanto, uma das limitações constatadas é que funcionam de maneira independente, o que dificulta o cruzamento de dados para a completude das informações.

O Plano Municipal de Saúde é considerado um instrumento de diagnóstico e de análise essencial para a coordenação do processo de planejamento e de tomada de decisão do gestor local. Por meio desse documento de gestão, desenvolve-se o planejamento, o monitoramento e a avaliação, dos recursos

humanos e das ações de vigilância em saúde, conforme cada quadrimestre (Fonte: PMS 2018-2021).

De acordo com a análise do PMS (2018 - 2021), a SMS e Bem Estar Social é constituída por 98 servidores. Além disso, o município possui plano de cargos e de carreiras, regulamentado pela Lei nº 2.800, de 30 junho de 2017, obedecendo ao regime estatutário.

O município está classificado na modalidade de Gestão Estadual, conforme informação da coordenação da AB.

No que diz respeito ao financiamento, a Constituição Federal prevê a corresponsabilização financeira nas três esferas de governo para a atenção à saúde. Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde (Fonte: PMS 2018-2021, p. 51).

De acordo com o PMS (2018-2021), os programas existentes no município, com repasse financeiro são:

- **Saúde da comunidade:** tem por objetivo manter os serviços da SMS (p. 45).
- **Atendimento da atenção básica do município:** tem por objetivo proporcionar o atendimento básico de forma preventiva para o bem-estar da população (p. 46).
- **Atenção à saúde da comunidade:** tem por objetivo promover o atendimento médico para o bem-estar da população (p. 47).
- **Consórcios de saúde:** tem por objetivo promover melhores condições de vida aos municípios (p. 48).
- **Assistência farmacêutica básica:** tem por objetivo promover a assistência farmacêutica básica de qualidade aos municípios (p. 49).

### Regulação Assistencial em Saúde no Município

A regulação assistencial é considerada um conjunto de relações, tecnologias, saberes e ações que intermedeiam a demanda das pessoas por serviços de saúde e o seu acesso conforme diferentes perfis de demanda e de oferta. Visa organizar, controlar, gerenciar e a priorizar o acesso e os fluxos

assistenciais no âmbito do SUS, com os seus respectivos gestores públicos. Estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão envolve a regulação médica, para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011e).

O acesso à regulação ocorre por meio da ESF, por intermédio dos ACS ou pode ser feita pela própria pessoa não pertencente a uma área de cobertura de ESF, em que ela encaminha o pedido ao serviço de regulação (Fonte: Entrevista com coordenadora da AB e enfermeiro).

A ordem de agendamento é definida a partir de critério cronológico e/ou da avaliação da situação clínica, visando, assim, atender a população a partir dos princípios da universalidade e de equidade no acesso aos serviços do SUS (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão).

Esse agendamento é realizado para consultas de diversas especialidades, tais como oftalmologia, nefrologia, endocrinologia, angiologia, dentre outros; para os exames de imagem e laboratoriais e para cirurgias eletivas (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão).

Esses agendamentos ocorrem via quatro sistemas diferentes no município:

- **Cislagos:** É um convênio firmado entre o município e o serviço de Alfenas-MG para o agendamento de consultas com especialistas, exames de imagem e laboratoriais. Há uma cota mensal para essas marcações e o repasse financeiro é do município para o Cislagos. O Cislagos possui parceria com diversas cidades e hospitais para atendimentos, como por exemplo, Hospital de Varginha-MG e o Instituto Donato, localizado em Poços de Caldas-MG (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão);
- **Vivver:** Sistema via Regional de Saúde (Alfenas-MG) dotado de uma agenda mensal. Naquele dia e horário estipulado para a marcação, são realizados os agendamentos necessários, como consultas e exames, porém são poucas vagas destinadas ao município, restringindo para o agendamento de exames laboratoriais. Os exames laboratoriais são colhidos pelo laboratório da Santa Casa de Alfenas-MG, toda quinta-feira,

em uma ESF. O repasse financeiro ocorre pelo Estado (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão);

- **Sisreg (Sistema de Regulação):** Sistema do MS para a solicitação de consultas, de exames e de procedimentos de média e de alta complexidade. O município encaminha para a microrregião que é Guaxupé-MG, para proceder ao agendamento; não havendo vaga, é necessário aguardar na fila de espera. O município de Poços de Caldas-MG, via SMS, também disponibiliza vagas, principalmente para consultas e para procedimentos cardiovasculares, sendo referência o Hospital Santa Lúcia. Há também uma central de marcação em Belo Horizonte, para consultas ou procedimentos mais complexos. O repasse financeiro é realizado pelo Estado (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão).
- **SUS fácil:** É um sistema de regulação assistencial, cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde. A regulação do município ocorre através de duas regulações distintas, sendo uma da cidade de Alfenas-MG e outra, de Poços de Caldas-MG, responsáveis pelo agendamento de cirurgias eletivas. Porém, com a pandemia, houve a suspensão dessas marcações no município. O repasse financeiro é realizado pelo Estado (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB e o apoio à gestão).

#### Apoio à Gestão

O apoio à gestão é um órgão de assessoramento da SMS, constituído por uma TE (profissional concursada) e um fisioterapeuta (profissional contratado). Possuem a função de auxiliar na divisão de regulação, de controle, de avaliação e de monitoramento, assim como na assessoria técnica de atenção integral à saúde, constituindo um suporte/apoio para a SMS, principalmente no âmbito da AB do município (Fonte: Entrevista com apoio à gestão).

#### Coordenação da Atenção Básica

A coordenação da AB é exercida por uma enfermeira, com especialização em APS, em saúde preventiva, com experiência prévia em Saúde Pública/Atenção Básica (Fonte: Entrevista com a coordenadora da AB).

No decorrer da entrevista e da observação participante com a coordenadora da AB, constatou-se que, dentre outras ações desenvolvidas, é de sua competência o acompanhamento periódico e sistemático das unidades, a análise, a avaliação e o monitoramento do processo de trabalho e a assistência prestada à população; assim como a identificação das especificidades de cada território, a fim de facilitar o fluxo dos usuários na rede e a realização de ações que promovam a integração da AB entre os diferentes serviços da rede.

### **Estratégia de Saúde da Família**

A ESF do município, selecionada para o presente estudo, foi implantada em 2008 e está localizada geograficamente em um ponto central da área. Há aproximadamente 3000 pessoas cadastradas, sendo seis microáreas na área de abrangência. É a unidade de saúde mais antiga do município (Fonte: Observação participante- 22/07/2020 e entrevistas com os profissionais da ESF).

O horário de atendimento é das 07h00min às 16h00min, de segunda a sexta-feira e conta com o apoio dos profissionais do NASF (Fonte: Análise documental da Carteira de Serviço da APS, observação participante e entrevistas com os profissionais da ESF).

O prédio da unidade é sede própria, com necessidades de reforma para atender à população, conforme narrativas dos profissionais, uma vez que a manutenção predial não é realizada regularmente (Fonte: Entrevistas com os profissionais da ESF).

De acordo com o levantamento de pessoas com o diagnóstico de DM, na ESF, por meio da análise dos prontuários, constatou-se que há 160 pessoas cadastradas.

As informações relacionadas à caracterização da ESF, obtidas por meio de entrevistas e da observação participante em relação às dimensões PO e TA e suas subdimensões estão apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Estratégia de Saúde da Família.  
(continua)

Dimensão	Subdimensões	Descrição
PO	Gestão de Pessoas	<p>Composição da equipe: Médico Generalista (1) Enfermeiro (1) TE(1) ACS (6) Recepcionista (1) Acessibilidade aos usuários: Localização central na área adscrita. Ruas calçadas, local íngreme e calçada adequada. Não há rampa e corrimão.</p>
	Infraestrutura	<p>Estrutura física para atendimento às pessoas: Consultório médico (1) Consultório de enfermagem (1) Consultório para o NASF (1) Sala de procedimentos/triagem (1) Sala de reunião (1) Sala para atividades administrativas (1) Sala para ACS (1) Recepção (1) Sala de materiais de esterilização (1) Sala de espera (1) Banheiro (3) Depósito de Material de Limpeza (DML) (1)</p>
		<p>Materiais e equipamentos para o controle do diabetes: Esfigmomanômetro adulto (2) Estetoscópio biauricular (1) Balança digital até 150 Kg (1) Régua antropométrica (1) Glicosímetro (1) Fita métrica (2) Monofilamento de Nylon (1) Materiais para curativo (gaze, solução fisiológica 0,9%, sulfadiazina de prata, luva estéril e kit com instrumental estéril). Não há esfigmomanômetro para obeso e diapasão.</p>
	Integração da Rede de Atenção	<p>Não há protocolos voltados às pessoas com DM. Não há protocolo com os fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede de atenção. Há informações apenas verbais sobre os pontos da rede a que a pessoa com DM deve ser encaminhada.</p>

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Estratégia de Saúde da Família. (conclusão)

Dimensão	Subdimensões	Descrição
TO	Organização do Cuidado	Garantia das consultas para o acompanhamento periódico das pessoas com DM.
		Participação dos ACS nas reuniões de equipe (reunião eventual). Discussão dos casos apenas dois profissionais, quando ocorre.
		Não há atividades educativas coletivas programadas pela equipe multiprofissional. E não há a interlocução entre os profissionais para realização de atividades educativas.
	Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento	Não são recorrentes as consultas de enfermagem. As orientações sobre as MEVs por escrito, são realizadas pelo médico eventualmente.  Não há dispensação de medicamentos na unidade, assim as pessoas são orientadas para o acesso à farmácia municipal.  São utilizados instrumentos específicos para o acompanhamento de pessoas com DM (Cartão/caderneta para controle glicêmico e pressórico, com orientações escritas (controle do peso, alimentação saudável, prática de atividade física, uso de medicamentos e atenção para os sinais e sintomas de DM) e visuais (figuras ilustrativas de cada período do dia para anotação dos valores da glicemia e de pressão).

Fonte: Da Autora.

Ademais, o tempo de permanência dos profissionais (N=3) em sua maioria é de mais de dois anos e a quase totalidade concursados. O enfermeiro está há quatro anos; há TE três anos; o médico há menos de dois anos. Quanto à forma de ingresso na ESF, todos são concursados, com exceção do médico, que faz parte do Programa Mais Médicos (Fonte: Entrevistas com os profissionais da ESF).

A ESF possui uma sala de esterilização, composta por autoclave, pia, bancada e um armário pequeno e conta com a atuação de uma técnica de enfermagem. Os materiais esterilizados na unidade são as compressas, os materiais de curativos e de retirada de pontos (Fonte: Observação participante e entrevistas com enfermeiro e TE).

O agendamento de consultas/retornos, pedidos de exames, encaminhamentos para especialidades ou para a equipe do NASF são realizados pela recepção dos serviços ou pela SMS. A recepcionista é responsável por agendar, por encaminhar e por orientar a pessoa para o acesso aos serviços (Fonte: Observação participante e entrevista com os profissionais da ESF).

Quanto ao acompanhamento, a pessoa com DM busca a unidade para o controle glicêmico, para a consulta e para a renovação de receita. O itinerário da pessoa na unidade inicia na recepção com a marcação da consulta e a assinatura na ficha de atendimento. A seguir, é encaminhada à triagem para a aferição da glicemia, do peso e da pressão arterial, além de receber orientações sobre a alimentação saudável, a prática de atividade física e o incentivo à adesão medicamentosa realizadas pela TE (Fonte: Observação participante-28/07/2020).

A pessoa aguarda a consulta médica para renovação de receitas ou para retornos. Diante da solicitação de exames ou de encaminhamentos, a pessoa volta à recepção para a autorização e o agendamento ou a orientação para a realização do controle glicêmico na unidade para o ajuste do tratamento (Fonte: Observação participante- 22,23,27,28, 29/07/2020 e entrevista com os profissionais da ESF).

A gestão de recursos materiais na unidade, que envolve a previsão, a provisão, a organização e o controle, é realizada pelo enfermeiro e encaminhado à coordenação da AB ou à SMS, a depender da especificidade do material. A previsão anual e o processo de licitações de materiais são realizados de forma conjunta entre a coordenação da AB e a SMS (Fonte: Observação participante-27/07/2020 e entrevistas com enfermeiro e TE).

### **Farmácia Municipal**

A farmácia municipal foi construída em 2012, em uma área central e de fácil acesso; funciona em sede própria, com o atendimento das 07h00min às 16h00min, de segunda a sexta-feira (Fonte: Análise Documental da Carteira do Serviço da APS, observação participante e entrevista com farmacêutica).

A seguir, será apresentada a caracterização da farmácia municipal, dados obtidos por meio da observação participante e de entrevistas (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Farmácia Municipal.

(continua)

Dimensão	Subdimensões	Descrição
PO	Gestão de Pessoas	Composição da equipe: Farmacêutica (1) Auxiliar administrativo (1) Recepcionistas (2)
		Acessibilidade aos usuários: Localização central no município. Ruas calçadas, local plano e calçada adequada. Presença de rampa e ausência de corrimão.
	Infraestrutura	Estrutura física para atendimento às pessoas com diabetes: Recepção (1) Sala da farmacêutica (1) Antessala para o fracionamento de medicamentos (1) Copa (1) Banheiro (2) DML (1) Almoxarifado (1) Sala para estoque (1) Sala com medicações para dispensação (1)
		Fornecimento dos medicamentos para o tratamento do DM. Glibenclamida 5mg (comprimido) Cloridrato de metformina 500 ou 800mg (comprimido) Gliclazida 30 ou 60 mg (comprimido) Insulina humana NPH- suspensão injetável 100 UI/ml (frasco 10 ml) Insulina humana NPH- caneta aplicadora Insulina humana regular- suspensão injetável 100 UI/ml (frasco 10 ml) Insulina humana regular- caneta aplicadora
		Fornecimento regular dos insumos para a aplicação de insulina e para o AMGC: Seringa com agulha acoplada. Lancetas para a punção digital. No momento, não há glicosímetros nem tiras reagentes.

Quadro 2 - Dimensões e subdimensões selecionadas para a caracterização da Farmácia Municipal.

(conclusão)

Dimensão	Subdimensões	Descrição
TA	Integração da Rede de Atenção	Não há protocolos voltados às pessoas com DM. Não há protocolo com os fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede de atenção. Há informações apenas verbais sobre os pontos da rede a que a pessoa com DM deve ser encaminhada.
	Organização do Cuidado Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento	Há comunicação/interlocução entre os profissionais na rede de atenção. Dispensação com orientação verbal para o uso adequado dos medicamentos para o tratamento das pessoas com DM.

Fonte: Da Autora.

Adicionalmente, o tempo de serviço da farmacêutica é de três meses; do auxiliar administrativo oito meses; já as recepcionistas quatro e três anos. Todos os funcionários da farmácia são contratados, com exceção de uma recepcionista que é concursada (Fonte: Entrevista com farmacêutica).

O Sistema de Informação (SI) utilizado pela Farmácia do município é o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF), que tem por objetivo auxiliar na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS no estado de MG. É através dele que as medicações e os insumos são adquiridos e dispensados. A gestão de recursos materiais é feita pela farmacêutica do serviço (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

Para o acesso das pessoas às medicações, é necessário o cadastro no SiGAF. Os recepcionistas são responsáveis pelo cadastramento/ triagem terapêutica da pessoa no sistema. É por meio deste cadastro que se tem a identificação do usuário no sistema e a apresentação dos registros dos serviços farmacêuticos ofertados. O cadastro das pessoas no sistema é importante para a gestão dos recursos financeiros destinados ao município (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

Por meio desse sistema informatizado, é possível quantificar o número de pessoas com DM. Atualmente, há 25 pessoas com DMT1 e 270 pessoas com DMT2, sendo um total de 295 pacientes cadastrados no sistema com acesso às medicações e aos insumos (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

A dispensação de insulina e de hipoglicemiantes orais é realizada a cada 30 dias, mediante uma receita com validade de seis meses (Fonte: Observação participante e entrevistas com enfermeiro, TE, médico e farmacêutica).

O acesso aos insumos para o AMGC é realizado mediante aos seguintes critérios: fazer uso diário e contínuo de pelo menos um tipo de insulina; apresentar os resultados dos exames de glicemia em jejum e de hemoglobina glicada a cada seis meses e apresentar um relatório médico que realiza o acompanhamento pelo SUS a cada seis meses, indicando a evolução da pessoa em relação ao controle glicêmico (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

Para o fornecimento do glicosímetro, além do que foi supracitado, é necessário que a pessoa providencie a cópia da cédula de identidade, cópia do cadastro de pessoa física, a cópia do cartão do SUS e a cópia de um comprovante de endereço no município. Além disso, no relatório médico, deve constar o diagnóstico médico, a necessidade de aferição diária e contínua da glicemia, a frequência das aferições e a posologia diária das insulinas utilizadas pela pessoa (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

A escassez de insumos e de materiais constatados durante a coleta de dados foi reconhecida pelos profissionais, que justificaram escassez de recursos financeiros e, que a aquisição está em processo de compra/licitação (Fonte: Observação participante e entrevistas com enfermeiro, TE, médico e farmacêutica).

Com relação ao acondicionamento/armazenamento, as medicações estão em prateleiras organizadas pelo nome; as insulinas em geladeira na primeira e segunda prateleiras, com temperatura em torno de 19°C e os insumos, como tiras reagentes para glicemia capilar e lancetas, no armário. Há uma sala de estoque com medicações onde estão armazenadas em caixas em uma estante de ferro; as medicações dispensadas ficam nessa sala (Fonte: Observação participante e entrevista com farmacêutica).

## 6.2 DETERMINAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*

O GI das ações para a assistência às pessoas com DM foi determinado pela avaliação das dimensões PO e a TA que compõem a MAJ.

Os resultados, segundo os componentes da MAJ, estão apresentados nos Quadros 3 e 4 e Tabela 1 abaixo.

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL							
Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada		
CP*	Cobertura dos profissionais	Nº de pessoas residentes na área de abrangência da eqESF	Entre 2500 e 3500 pessoas sem área de interesse social (10 pts) Entre 2500 e 3500 pessoas com área de interesse social (5 pts) Mais de 3500 pessoas (0 pts)		10	5	
		Percepção da eqESF quanto ao nº de pessoas residentes na área de abrangência	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Análise documental	10	0	15
		Apoio de educador físico, nutricionista, farmacêutico às eqESF	Dos 3 profissionais (10 pts) De 2 profissionais (5 pts) De 1 ou nenhum (0 pts)	Entrevista Observação Participante	40	100	45
			Adequada e convergente (10 pts)		10	5	
		Percepção sobre a carga horária dos profissionais de apoio disponibilizada à eqESF	Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)				

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada	
GP*	Tempo de permanência do médico na eqESF	Bom: 2 anos ou mais (20 pts) Regular: de 1 a 2 anos (10 pts) Ruim: < de 1 ano (5 pts)	Entrevista Observação participante	20	10	
	Permanência dos profissionais	Percepção da eqESF quanto à valorização profissional		40	20 30	
	Qualificação dos profissionais	Capacitação sobre organização/funcionamento da rede municipal	Adequada e convergente (20 pts) Parcialmente convergente (10 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Entrevista Observação participante	10	0
		Atualização sobre DCNT ou DM	Sim (10 pts) Não (0 pts)		20	0
	Estrutura física das ESF	% itens contemplados no checklist ESF com acessibilidade aos usuários"	Sim (10 pts) Não (0 pts)	Entrevista Observação participante	10	5
		Percepção quanto à acessibilidade dos usuários à ESF	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 10 pts) Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)		10	5

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada		Pontuação Encontrada		
IE*	% itens contemplados no checklist "ESF com estrutura física adequada"	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 10 pts).	Entrevista	10		10		
				10	40	5	25	
	Percepção sobre a adequação da estrutura física da ESF	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Observação participante					
	Materiais e equipamentos	% itens contemplados no checklist "Materiais e equipamentos para as ações voltadas ao controle do DM"	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 10 pts)	Entrevista	10		7,5	
						100		59,75
equipamentos	Percepção da eqESF quanto aos materiais e equipamentos disponíveis para as ações voltadas ao controle do DM na ESF	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Observação participante	30		17,5		
				10		5		
	Manutenção periódica dos materiais e equipamentos na ESF	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts)		10		5		

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada
IE*	Medicamentos e insumos	% de itens contemplados no checklist "Fornecimento de medicamentos para tratamento do DM na ESF"	Entrevista Observação participante	7,5	7,5
		% de itens contemplados no checklist "Fornecimento de insumos para aplicação de insulina e AMGC na ESF"		7,5	3,75
		Percepção quanto ao fornecimento dos medicamentos e insumos fornecidos para tratamento do DM		30	17,25
		Estratégias adotadas para garantir o fornecimento de medicamentos e de insumos no caso de faltas		7,5	3,0
		Uso de protocolo e de diretrizes voltadas à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro)		10	0
IR*	Normatização da Atenção	Sim (7,5 pts) Parcialmente convergente (3 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)			
		Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts)	Entrevista	20	0

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada
IR*	Regulação do acesso aos serviços especializados	Uso de protocolo com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial (médico e enfermeiro)	Entrevista	10	0
		Mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados	Entrevista	10	10
	Adequação da oferta aos serviços especializados	Estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados	Entrevista	20	10
		Percepção sobre o tempo de espera para a realização dos exames laboratoriais		10	0
	Adequação da oferta aos serviços especializados	Percepção sobre o tempo de espera para consulta com endocrinologista	Entrevista	5	0
		Percepção sobre o tempo de espera para consulta com oftalmologista na rede assistencial	Entrevista	20	0
				5	0

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada		Pontuação Encontrada			
MA*	Disponibilidade de informação	Atualização sistemática do SI para cadastramento dos usuários/famílias	Entrevista	30	30	30	30		
	Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM	Indicadores de monitoramento das ações voltadas ao controle do DM na rede municipal		15		0			
		Planejamento e organização das ações voltadas ao controle do DM com base na avaliação dos indicadores selecionados		15	30	60	0	0	30
<b>DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL</b>									
OC*	Apropriação do território	% microáreas cobertas pelos ACS	Entrevista	20		20			
		Percepção da atuação do ACS na apropriação do território		20	60	20	40		

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada		Pontuação Encontrada				
OC*	Organização da agenda	Mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)	Entrevista	20	0				
		Priorização no atendimento às pessoas com DM.	Sim (20 pts) Parcial (10 pts) Não (0 pts)		20	20				
		Garantia de consultas de acompanhamento para as pessoas com DM.	Sim (20 pts) Não (0 pts)		20	60	180	50	110	
		Atendimento de urgência às pessoas com DM em caso de intercorrências	Sim (20 pts) Parcial (10 pts) Não (0 pts)		20	10				
		Participação dos ACS nas reuniões de equipe	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)		20	10				
		Atuação interdisciplinar	Discussão dos casos entre à eqESF e os profissionais de apoio		Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Entrevista	20	60	10	20
			Interlocução de diferentes profissionais na organização das atividades educativas		Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	20	0			

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada
DTA*	Diagnóstico precoce do DM	Busca dos fatores de risco para o desenvolvimento do DM nos atendimentos médicos e de enfermagem	Entrevista	20	10
		Solicitação de exames para o diagnóstico precoce do DM nas pessoas com 45 anos ou mais e/ou com IMC > 25, associado a pelo menos mais um fator de risco		20	20
	Solicitação de exames para diagnóstico precoce do DM nas gestantes	20		0	
	Orientações sobre MEV por escrito	20		10	
	Tratamento adequado	Dispensação com orientação para o uso adequado dos medicamentos para tratamento do DM		Adequada (20 pts: com orientação na maioria dos casos) Parcialmente adequada (10 pts: orientação em parte dos casos) Inadequada (0 pts: sem orientação)	20

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

(continua)

Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada			Pontuação Encontrada		
DTA*	Prescrições de insulina R com orientação para ajuste de dose conforme HGT	Adequado (20 pts: na maioria dos casos) Parcialmente adequado (10 pts: em parte dos casos) Inadequado (0 pts: dose fixa na grande maioria dos casos)	Entrevista	20			0		
	Frequência da solicitação de exames laboratoriais (GJ e/ou Hb1Ac) para as pessoas com DM	Adequada (20 pts: a cada 6 meses, se compensado) Parcialmente adequada (10 pts: uma vez por ano, independente se está compensado ou não) Inadequada (sem uma periodicidade definida)		20	80	200	20	50	110
	Acompanhamento sistemático	Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM		20			20		
		Busca ativa das pessoas faltosas com DM	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Entrevista	20	60		10	30

Quadro 3 - Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na ESF (Dimensões, subdimensões, indicadores, fonte de evidência, medidas, pontuação máxima esperada e pontuação encontrada). Monte Belo, MG, 2021.

						(conclusão)				
Indicador	Medidas	Parâmetros	Fonte	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Encontrada					
PDC*	AMGC entre as pessoas que fazem uso de insulina	Adequada (20 pts: maioria sabe interpretar os resultados do HGT)	Entrevista	20	0					
		Inadequada (0 pts: maioria não sabe interpretar os resultados do HGT)								
	Atividades de educação em saúde	Atividades periódicas voltadas à prevenção primária do DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)	Entrevista	40	40				
		Atividades periódicas voltadas ao controle do DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)							
	Prevenção das complicações associadas ao DM	Avaliação sistemática do pé diabético nas pessoas com DM	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)	Entrevista	100	70				
		Avaliação sistemática da cavidade bucal nas pessoas com DM	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)							
		Encaminhamento periódico das pessoas com DM para a avaliação de fundo de olho	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)					20	10	
			Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)							

Fonte: Da Autora.

\***Subdimensões:** **GP:** Gestão de Pessoas; **IE:** Infraestrutura; **IR:** Integração da Rede de Atenção; **MA:** Monitoramento e Avaliação; **OC:** Organização do Cuidado; **DTA:** Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento; **PDC:** Prevenção do DM e suas complicações.

Tabela 1 - Grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na ESF, segundo as dimensões e subdimensões da matriz de análise e julgamento (MAJ). Monte Belo, MG, 2021.

Grau de Implantação	Pontuação Máxima Esperada		Pontuação Encontrada	
	N	%	N	%
	800	100,0	434,75	54,34
<b>Dimensão/Subdimensão</b>				
Político-Organizacional	320	100,0	144,75	45,23
Gestão de Pessoas	100	100,0	45,0	45,0
Infraestrutura	100	100,0	59,75	59,75
Integração da Rede de Atenção	60	100,0	10,0	16,66
Monitoramento e Avaliação	60	100,0	30,0	50,0
Técnico-Assistencial	480	100,0	290	60,41
Organização do Cuidado	180	100,0	110	61,11
Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento	200	100,0	110	55,0
Prevenção do Diabetes e suas complicações	100	100,0	70	70,0

Fonte: Da Autora.

Quadro 4 - Síntese do grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na ESF, segundo os indicadores de cada uma das subdimensões e dimensões da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

	Dimensão Político-Organizacional										Dimensão Técnico- Assistencial								
	GP			IE			IR		MA		OC			DTA			PDC		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ESF																			
%	37,5	75,0	0,0	62,5	58,3	57,5	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	66,6	83,3	33,3	50,0	62,5	50,0	100,0	50,0

Fonte: Da Autora.

<b>Legenda: Subdimensões/ Indicadores/ Grau de Implantação</b>		10	Disponibilidade de informação
<b>GP: Gestão de pessoas</b>		11	Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM
1	Cobertura dos profissionais de saúde	<b>OC: Organização do Cuidado</b>	
2	Permanência dos profissionais de saúde	12	Apropriação do território
3	Qualificação dos profissionais de saúde	13	Organização da agenda
<b>IE: Infraestrutura</b>		14	Atuação interdisciplinar
4	Estrutura física da ESF	<b>DTA: Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento</b>	
5	Materiais e equipamentos	15	Diagnóstico precoce do DM
6	Medicamentos e insumos	16	Tratamento adequado
<b>IR: Integração da Rede de Atenção</b>		17	Acompanhamento sistemático
7	Normatização da atenção	<b>PDC: Prevenção do DM e suas complicações</b>	
8	Regulação do acesso aos serviços especializados	18	Atividades de educação em saúde
9	Adequação da oferta aos serviços especializados	19	Prevenção das complicações associadas ao DM
<b>MA Monitoramento e Avaliação</b>			

\*O cálculo do percentual foi obtido pela pontuação máxima esperada e a pontuação encontrada, de acordo com os dados da MAJ (Quadro 3).

<b>Grau de implantação:</b>		<b>Crítico</b> <50,0%		<b>Insatisfatório</b> ≥ 50,0 e < 70,0%		<b>Satisfatório</b> ≥70,0 e < 85,0%		<b>Adequado</b> ≥ 85,0%
-----------------------------	--	--------------------------	--	---	--	--	--	----------------------------

Na dimensão **PO**, a ESF do município alcançou a pontuação de 45,23%, com GI crítico. As ações que envolvem a Gestão de Pessoas foram avaliadas críticas (GI=45,0%). A *qualificação dos profissionais* de saúde é o indicador com pior GI (0,0%), devido à ausência de capacitação sobre organização/funcionamento da rede municipal e atualização sobre DM, seguida da *cobertura dos profissionais* com implantação crítica (GI=37,5%) e a *permanência dos profissionais* considerada satisfatória, com GI de 75,0%.

A subdimensão Infraestrutura foi avaliada insatisfatória (GI=59,75%). No indicador *estrutura física da ESF*, identificou-se que a acessibilidade em relação à presença de rampa e de corrimão de acesso para pessoas com deficiência física e idosos é deficitária, assim como o entorno da ESF, pois fica em um local íngreme. A *estrutura física da ESF* apresenta o GI insatisfatório (62,5%). Os *materiais e equipamentos* foram avaliados insatisfatórios (GI=58,33%). A falta de itens importantes para o cuidado às pessoas como DM como esfigmomanômetro para obeso e diapasão e a falta de manutenção periódica dos materiais e dos equipamentos da ESF comprometeram o GI.

A ESF não dispensa medicamentos e insumos às pessoas com DM, pois não há farmácia dentro da unidade, eles são dispensados pela farmácia municipal, assim, a ESF orienta a pessoa para o acesso à farmácia. O indicador medicamentos e insumos foi avaliado insatisfatório (GI=57,5%), considerando-se a ausência de insumos fornecidos para o AMGC, como glicosímetros e tiras reagentes. Assim, a percepção parcialmente convergente quanto ao fornecimento destes para o tratamento do DM afetaram o GI. Constatou-se, no decorrer da coleta de dados, que os profissionais têm adotado algumas estratégias para garantir o fornecimento de medicações e de insumos como o fornecimento pela ESF de materiais para curativo (gaze, atadura e solução fisiológica) e renovação de receita a cada seis meses, porém com a dispensação realizada mensalmente.

O GI da Integração da Rede de Atenção foi avaliado como crítico (16,66%), sendo o mais baixo entre todos os analisados. Na *normatização da atenção*, constatou-se que não há protocolos e diretrizes voltados à atenção às pessoas com DM, como também protocolos com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial. Com relação à *regulação do acesso aos serviços especializados*, o GI foi de 50,0%, sendo insatisfatório. Identificou-se a

existência de mecanismos de regulação do acesso, tais como convênios da prefeitura e especialidades, porém não ocorrem estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados. A *adequação da oferta aos serviços especializados* avaliada pela percepção sobre o tempo de espera para a realização dos exames laboratoriais e consultas com endocrinologista e oftalmologista, foi considerada crítica (GI=0,0%), pois há demora no acesso a tais serviços, o que compromete diretamente o GI para o indicador.

O item Monitoramento e avaliação foi avaliado insatisfatório (GI=50,0%). A *disponibilidade de informação*, mediante a atualização sistemática do SI para cadastramento dos usuários/famílias mostrou-se adequada (GI=100,0%), no entanto o *monitoramento das ações voltadas ao controle do DM*, com relação aos indicadores de monitoramento e o planejamento e organização das ações, com base na avaliação dos indicadores selecionados, foi de 0,0% em ambos os itens, o que compromete, dessa forma, o GI das ações no indicador. Desse modo, a unidade não faz uso de indicadores para o monitoramento das ações voltadas ao controle do DM.

A dimensão **TA** foi avaliada com GI insatisfatório (60,41%). A Organização do cuidado obteve GI insatisfatório (61,11%). O indicador *organização da agenda* foi avaliado como satisfatório (GI=83,33%) mediante a priorização no atendimento e da garantia de consultas de acompanhamento. Por outro lado, o atendimento de urgências, às pessoas com DM, acontece de maneira parcial, visto que esses atendimentos se limitam à aferição da glicemia, a orientações e ao encaminhamento a unidade hospitalar, uma vez que a unidade não dispõe de medicamentos para realização desses atendimentos. Deste modo, não há resolutividade nos casos de urgência. Já o indicador *apropriação do território*, foi avaliado insatisfatório (GI=66,66%), pois não ocorre o mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM. A *atuação interdisciplinar* foi avaliado crítico (GI=33,33%). Verificou-se que não há interlocução de diferentes profissionais na organização das atividades educativas. A participação dos ACS nas reuniões de equipe ocorre, no entanto, essas são ocasionais, assim como, as de discussões dos casos entre a eqESF e os profissionais de apoio. As ações de Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento foram avaliadas como insatisfatória (GI=55,0%). O indicador *diagnóstico precoce do DM* foi avaliado insatisfatório (GI=50,0%). As medidas que o compõem são busca por fatores de

risco para o desenvolvimento do DM (GI=50,0%), sendo estes investigados ocasionalmente; solicitação de exames para o diagnóstico precoce do DM nas pessoas com 45 anos ou mais e/ou com IMC > 25, associado a pelo menos mais um fator de risco (GI=100,0%) e solicitação de exames em gestantes para diagnóstico precoce (GI=0,0%). É importante mencionar que as gestantes são acompanhadas apenas no centro de saúde no decorrer do período da pandemia. O *tratamento adequado das pessoas com DM*, foi avaliado com GI insatisfatório (62,5%); as orientações para MEV por escrito (GI=50,0%); dispensação com orientação para o uso correto dos medicamentos (GI=100,0%); prescrição de insulina com orientação para o ajuste de dose conforme glicemia capilar (GI=0,0%) e frequência da solicitação de exames laboratoriais às pessoas com DM (GI=100,0%). E o indicador *acompanhamento sistemático*, foi avaliado insatisfatório (GI=50,0%). Constatou-se que a ESF dispõe de instrumentos específicos para o acompanhamento de pessoas com DM (GI=100,0%) e realizavam parcialmente a busca ativa dos faltosos com DM (50,0%). Não há adequação do AMGC entre as pessoas que faziam o uso de insulina (GI=0,0%) pois, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, elas apresentavam dificuldades para a interpretação dos resultados da glicemia.

A Prevenção do DM e suas complicações foi avaliada satisfatória (GI=70,0%). O indicador *atividades de educação em saúde*, contemplando atividades periódicas voltadas à prevenção e ao controle do DM, se mostrou adequado (GI=100,0%). Já o indicador prevenção das complicações associadas ao DM, obteve avaliação insatisfatória (GI=50,0%), aferida pela avaliação sistemática do pé diabético (G=50,0%) e da cavidade bucal (GI=50,0%), e pelo encaminhamento periódico para a avaliação de fundo de olho (GI=50,0%).

Da análise dos diferentes indicadores que compõem a dimensão PO e TA, o grau de implantação das ações realizadas pela ESF às pessoas com DM, foi considerado insatisfatório (54,34%).

## 7 DISCUSSÃO

Nesta seção, será apresentada a discussão da caracterização e da determinação do GI das ações realizadas nos serviços de saúde da AB.

A avaliação de serviços de saúde de AB de municípios de pequeno e médio porte contempla realidades de saúde e de organização de serviços que, em determinados aspectos, diferem dos existentes nos grandes centros urbanos, dada muitas vezes a escassez de recursos. A aproximação com as necessidades e com as especificidades desses serviços em municípios com menor densidade populacional torna-se necessária, uma vez que representa a realidade de muitos municípios brasileiros (CASTENHEIRA *et al.*, 2014), a exemplo do município cenário do presente estudo.

A necessidade de avaliação torna-se relevante para a reorientação das práticas em saúde, dada a diversidade do contexto assistencial brasileiro, na medida que contribuem para julgamentos capazes de influenciar positivamente na tomada de decisão e de auxiliar em planejamentos mais estratégicos (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Para o alcance da efetividade, da resolutividade e da qualidade das ações desenvolvidas nos serviços da AB, se faz necessária a construção de projeto técnico-político da gestão, (SCHRAIBER *et al.*, 1999; FEUERWEKER, 2014; TANAKA, 2017; SANINE *et al.*, 2021) que estabelece a articulação da dimensão PO (Gestão de pessoas; infraestrutura; integração da rede de atenção; e monitoramento e avaliação) e da dimensão TA (Organização do cuidado; diagnóstico; tratamento e acompanhamento; e prevenção do DM e suas complicações) (BORGES, 2017), tanto em nível local, diretamente vinculada à organização do processo de trabalho, quanto no macroinstitucional, sobretudo municipal (SCHRAIBER *et al.*, 1999; FEUERWEKER, 2014; TANAKA, 2017; SANINE *et al.*, 2021).

No que concerne à cobertura das áreas adstritas pelos profissionais de saúde, verificou-se que o número de pessoas residentes na área de abrangência da ESF investigada foi entre 2500 e 3500 pessoas com área de interesse social. Essa realidade está em consonância com a PNAB, a qual preconiza que cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média de 3000. Além disso, deve levar em consideração o grau de vulnerabilidade das

famílias da área, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012b).

Embora o número de pessoas residentes na área de abrangência esteja em consonância a PNAB, percebeu-se que, na perspectiva dos profissionais, há uma grande demanda, pelo fato de a ESF estar inserida em um contexto de vulnerabilidade social, ou seja, dotada de fatores que fragilizam as pessoas no exercício da cidadania (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A assistência às pessoas da área adstrita é realizada pela equipe da ESF que conta com o apoio dos profissionais do NASF e da farmacêutica, que é considerado um alicerce no cuidado em saúde dentro da rede de atenção às pessoas com condições crônicas (GOMES *et al.*, 2021). O NASF é um dispositivo de mudança com vistas à integralidade da produção do cuidado, que atua diretamente no apoio matricial às equipes das unidades, de maneira integrada, por meio de ações multidisciplinares (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a; GONÇALVES *et al.*, 2015; VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

Alinhado ao mesmo propósito, o farmacêutico deve constituir apoio à ESF para o cuidado à pessoa com condição crônica (SILVA *et al.* 2018a). Posto isso, vale destacar que, na realidade estudada, as ações desenvolvidas pelo farmacêutico são realizadas de forma independente, ou seja, não há um compartilhamento com a equipe da ESF.

Embora o NASF se constitua em um importante apoio, a carga horária destinada ao atendimento das necessidades da população da área adscrita ainda é insuficiente, na percepção da equipe, que sugere a disponibilidade de parte do tempo do trabalho dos profissionais dentro da ESF. Na modalidade implantada no município, que é o NASF 2, o somatório da carga horária dos profissionais é de no mínimo 120 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2014a), o que está em consonância com a dedicação da equipe do NASF no município.

A integração dos profissionais das equipes da AB deve ocorrer a partir das necessidades de saúde das pessoas, contribuindo para o aumento da capacidade de cuidado e para a articulação com outros pontos de atenção da rede, afim de garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2014a).

No tocante ao tempo de permanência do profissional médico, constatou-se que foi de quase dois anos, resultado que corrobora com estudo realizado no município de Governador Valadares- MG em que a maioria dos entrevistados pertencia ao Programa Mais Médicos, com tempo de permanência de até três anos na mesma equipe (BARBOSA *et al.*, 2019).

A estabilidade dos profissionais na equipe da ESF é fundamental para viabilizar a longitudinalidade e o vínculo, de modo a desenvolver relações dialógicas e efetivas entre os profissionais de saúde e as pessoas atendidas, o que corrobora para a eficácia dessas ações (KEMPER; MENDONÇA, SOUSA, 2016; SEPARAVICH; COUTO, 2021).

A valorização dos profissionais em seu processo de trabalho contribui para a satisfação e, conseqüentemente, para a efetividade das ações. Nessa perspectiva, o médico e o TE se sentem valorizados pelo trabalho desenvolvido na ESF, enquanto o enfermeiro se sente pouco valorizado, principalmente, pela falta de reconhecimento da gestão municipal e por algumas pessoas da área adscrita.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo de Soratto *et al.* (2017) em que a falta de valorização foi um dos aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação dos profissionais que atuam na ESF.

O trabalho na AB se insere em um contexto diversificado e dinâmico, marcado por características objetivas e subjetivas, o que gera, concomitantemente, motivos de satisfação e de insatisfação. A satisfação no trabalho é um tema complexo e, se considerar a ESF como um modelo para a reorganização da AB, em que a enfermagem assume atuação essencial para a melhoria da assistência em saúde, percebe-se a necessidade de estratégias que busquem a articulação entre gestores e trabalhadores em saúde (FORTE; PIRES, 2017; BEZERRA; MEDEIROS, 2018).

Outro aspecto que contribui tanto para a valorização quanto para a atuação da equipe é a qualificação profissional que, neste estudo, apresentou-se insatisfatória, com ausência de capacitação sobre a organização/funcionamento da rede municipal e sobre atualização sobre condições crônicas, especialmente, na temática DM.

A realização da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais da AB constitui uma ferramenta valiosa para a gestão do processo de trabalho,

o que colabora para a qualificação dos trabalhadores, para a transformação de práticas e de saberes, assim como para a valorização e para a satisfação do trabalhador da AB (SEIDL *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2019).

Estudo realizado com 37 fisioterapeutas de 21 cidades verificou que a maioria (91,9%) desses profissionais não receberam capacitação suficiente para ingressar no NASF e 94,6% considerou conhecimento insuficiente para realizar suas atividades (FERNANDES *et al.*, 2016).

Dentre os fatores atribuídos para a não realização de EPS estão a falta de compreensão sobre o significado/essência da EPS, a sobrecarga de trabalho e/ou o desinteresse dos trabalhadores/gestores (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Assim, a desvalorização das iniciativas da EPS contribui para sua não efetivação na AB (FERREIRA *et al.*, 2019).

Por outro lado, Oliveira *et al.* (2016) identificaram que os profissionais que participaram de capacitações afirmaram que estas contribuíram significativamente para o aperfeiçoamento profissional (n=75; 96,2%) e as para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço (n=69; 88,5%).

A EPS propõe a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais, em ação no serviço, com vistas à superação do aprendizado para o trabalho e da lógica pontual das capacitações, de aperfeiçoamentos e de atualizações (SANTOS *et al.*, 2015a).

Posto isto, é fundamental e necessária a EPS para a qualificação, a valorização profissional, a qualidade da assistência e as práticas seguras. Ao enfermeiro da ESF, compete direcionar as necessidades de saúde da população, gerenciar os programas de assistência e replicar os treinamentos nas unidades de saúde, atuar de forma articulada com o médico e com o NASF, participando de discussões clínicas e coordenando a assistência. Portanto, a atuação dos enfermeiros é essencial para a melhoria do cuidado e do direcionamento das equipes (COSTA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Com relação à estrutura física da ESF, identificou-se a dificuldade na acessibilidade, pois, geograficamente esta encontra-se instalada em um local íngreme e não dispõe de rampa e de corrimão para atender, principalmente, às pessoas com deficiência física e os idosos. A acessibilidade é defendida por Unglert (1990) como um requisito fundamental para a garantia do acesso da população à saúde.

Esses resultados corroboram os encontrados em diferentes estudos como o de Coimbra *et al.* (2010) o qual avaliou qualitativamente a estrutura e o processo de acesso dos usuários a uma unidade de saúde da família, identificando que o percurso até a unidade apresentava difícil acesso às pessoas com mobilidade reduzida.

Estudo de Lima *et al.* (2015b), realizado no município de Recife, que analisou os elementos que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária na perspectiva de profissionais e de usuários, verificou dificuldades com relação à acessibilidade geográfica aos serviços de saúde devido à distribuição inadequada das unidades dentro do território, havendo grande distância entre a residência dos usuários e os serviços de atendimento, bem como a presença de morros, de escadarias, de córregos no trajeto, de encostas e de ladeiras .

Ribeiro *et al.* (2015) analisaram a acessibilidade aos serviços de saúde na AB no estado de Goiás e observaram dificuldades relacionadas à acessibilidade nos serviços de saúde, quando se destacam as condições da calçada, tapete, piso, rampa, corrimão, portas e corredores, refletindo ausência de acessibilidades para os portadores de deficiência física.

De acordo com Brasil (2008), a ESF deve propiciar condições adequadas de acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, de deficiência ou de mobilidade reduzida, a fim de garantir a utilização de maneira, autônoma e segura do ambiente, das edificações e do mobiliário.

Contudo, a reestruturação das instalações físicas dos atuais serviços de saúde ainda é relativamente baixa, especialmente nas construções mais antigas (CASTANHEIRA, 2016). As reformas e as novas construções das unidades de saúde devem seguir as normas previstas na Norma Brasileira - NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS-ABNT, 2015), com o intuito de promover a acessibilidade.

Em relação às instalações físicas, verificou-se que há consultório médico e de enfermagem, sala de reunião, sala de atividade coletiva, sala para procedimentos e sala para atividade administrativa, conforme estabelecido no Manual de Estrutura Física das UBS- saúde da família do MS (BRASIL, 2008). A farmácia não divide espaço com a ESF, portanto é centralizada e dispõe de infraestrutura, que permite o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente (BRASIL, 2009a).

No entanto, na percepção dos profissionais da unidade e na observação efetuada, foram percebidas fragilidades, principalmente com relação aos reparos no prédio, uma vez que a unidade necessita de reforma, de pintura de paredes, de troca de pisos, de revisão hidráulica, de readequação de corredores e de portas e da ausência de banheiro em consultório médico.

Esses resultados se assemelham à realidade encontrada por Gonçalves *et al.* (2020) que analisaram as condições de acessibilidade e de estrutura de 24.056 UBSs, e observaram que itens referentes à acessibilidade das pessoas com deficiência, como a presença de sanitários, de portas e de corredores adaptados para cadeira de rodas, estão entre os elementos de estrutura física menos frequentes em todas as regiões brasileiras, principalmente na região Norte.

De acordo com Brasil (2008), os materiais de revestimentos das paredes, de tetos e de pisos devem ser todos laváveis e de superfície lisa, sendo necessário piso com superfície regular, firme, estável e antiderrapante, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. Devem-se considerar adequações que permitam o acesso de pessoas deficientes e de pessoas com limitações, como rampas de acesso, conforme NBR 9050 (ABNT, 2015), portas com dimensões ampliadas, maçanetas do tipo alavanca, barras de apoio e corredores para a circulação de pacientes devem ter largura mínima de 1,20m.

A disponibilidade de banheiro no interior dos consultórios é prevista quando utilizado para uso ginecológico, de modo a garantir maior conforto e privacidade para as pacientes (BRASIL, 2008; CASTENHEIRA, 2016), o que não se aplica ao consultório médico da unidade.

A precariedade da infraestrutura dificulta a ampliação e o aprimoramento da rede básica de saúde via ESF. Desse modo, a boa estruturação da ESF confere maior resolutividade da AB e, contribuindo para o aumento do desempenho e para o impacto nas ações da AB na saúde da população (ROCHA *et al.*, 2012; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

Em relação à disponibilidade de recursos materiais, constatou-se a presença de esfigmomanômetro adulto, estetoscópio biauricular, balança até 150 Kg, régua antropométrica, fita métrica e monofilamento de nylon. Entretanto, não há esfigmomanômetro para obeso e diapasão. Realidade similar foi encontrado em diferentes estudos (MELO *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017b;

NEVES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; PINTO; ASSIS; PECCI, 2019; BARRETO *et al.*, 2020) que apontaram a falta de recursos materiais para a avaliação clínica.

A escassez de recursos materiais compromete as ações de cuidado da AB e, conseqüentemente, interfere na qualidade dos resultados e no alcance dos indicadores (SILVA *et al.*, 2011; SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016; SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

A avaliação dos pés é contemplada no protocolo assistencial de pessoas com DM. Deste modo, os recursos materiais específicos são necessários para a avaliação musculoesquelética, vascular e neurológica, uma vez que o pé diabético é uma das complicações de alta incidência e, portanto, requer avaliação sistemática (BRASIL, 2013b; SBD, 2019).

Estudo de Brito *et al.* (2020), realizado em uma UBS, em Teresina, com amostra de 102 participantes, que avaliou as alterações sensório-motoras das extremidades dos membros inferiores e fatores associados em pacientes com DM, identificou que 99 (97,1%) apresentaram alterações, sendo 73 (71,6%) na pele e 40 (39,2%) em unhas. A realização do exame sensório-motor com monofilamento de nylon 10 gramas identificou 40 (39,22%) pessoas com alterações de sensibilidade tátil e 13 (12,7%), com sensibilidade vibratória reduzida, utilizando o diapásão 128 Hz. O justifica a disponibilidade desses materiais na ESF.

As normativas do MS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016b) recomendam a infraestrutura adequada para uma atenção qualificada às pessoas nas unidades de saúde. Nesse contexto, a PNAB (BRASIL, 2012b) estabelece a necessidade da garantia de recursos materiais, de equipamentos e de insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas.

O manual de estrutura física das UBS- saúde da família (BRASIL, 2008) e o Programa de Requalificação de UBS (BRASIL, 2016b) orientam os profissionais e gestores municipais de saúde para o planejamento, a programação e a elaboração de projetos para o bom funcionamento das unidades com vistas a facilitar mudanças das práticas das equipes de saúde. Recomenda, ainda, materiais e equipamentos imprescindíveis como balança

antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, régua antropométrica, glicosímetro e instrumental cirúrgico.

Adicionalmente, os municípios contam com o Manual do Gestor Municipal de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE- CONASEMS, 2021), ferramenta de apoio e de fortalecimento da gestão, com vistas à manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde. Contempla repasses financeiros para a prestação de cuidados de modo contínuo; para reparos da infraestrutura e de equipamentos; para consertos, revisões, pinturas, reformas, recuperações e adaptações, bem como para a aquisição de equipamentos (CONASEMS, 2021).

Diante disso, os serviços de saúde devem estar preparados para atender à população, a fim de ofertar uma atenção qualificada, uma vez que uma assistência de qualidade à pessoa implica diretamente melhores desfechos de saúde, principalmente no controle das doenças, evitando, assim, complicações e custos ao sistema de saúde (BAXTER *et al.*, 2016; CASTENHEIRA, 2016; NEVES *et al.*, 2018).

Concorre, de modo similar para a efetividade e a resolutividade do cuidado às pessoas na AB, o acesso aos medicamentos e aos insumos. Os resultados do presente estudo revelaram que a farmácia municipal fornece os medicamentos disponibilizados na lista de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME 2020 (BRASIL, 2019) para o tratamento do DM, a saber, Glibenclamida 5 mg, Cloridrato de metformina 500 mg ou 850 mg, Insulina humana NPH e Insulina humana regular. Fornece também os insumos para a insulino terapia, como seringa com agulha acoplada, e para o AMGC, lancetas para punção digital.

Estudo de Álvares e Acúrcio (2017) avaliou o acesso aos medicamentos na APS do SUS na perspectiva de 8.591 usuários em municípios das cinco regiões do Brasil. Foi identificado que 59,8% dos usuários declararam ter acesso total aos medicamentos, sendo o maior na região Sudeste (64,3%) e menor na região Centro-Oeste (46,3%).

No entanto, constatou-se a dificuldade no acesso as tiras reagentes e o glicosímetro para o AMGC, tendo como justificativa a escassez de recursos financeiros.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Carmo *et al.* (2019), Reis *et al.* (2020) e Suplici *et al.* (2021) que identificaram que a dificuldade na adesão para o monitoramento glicêmico foi relacionada a ausência das tiras reagentes para a verificação da glicemia.

Dentre as estratégias adotadas pela equipe para suprir em parte a demanda das pessoas com DM estão o fornecimento quando disponível de recursos materiais como gaze, luva, ataduras, soro e pomada; e para viabilizar o acesso das pessoas ao tratamento farmacológico, em tempos de pandemia, a renovação da receita médica passou a ser semestral.

A disponibilidade dos medicamentos e dos insumos está em consonância com o Rename (BRASIL, 2019), e o glicosímetro com a Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007) que asseguram o direito das pessoas com DM para o AMGC.

A oferta de insumos e de medicamentos para o tratamento das doenças crônicas configura-se como uma medida de saúde essencial, com o propósito de contribuir para o controle e para promover melhor qualidade de vida às pessoas (COSTA *et al.*, 2016).

O MS ressalta a importância da manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das UBS, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela unidade (BRASIL, 2012b).

A ausência de insumos e de medicamentos deve ser analisada com cautela, pois pode estar associada ao subfinanciamento do SUS, assim como pode ter associação com os déficits na gestão (SILVA *et al.*, 2020). Também pode estar relacionada à falha no ciclo logístico de medicamentos, especialmente na programação, atividade que tem como objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender às necessidades de uma população determinada, considerando-se um certo período de tempo (MARINHO *et al.*, 2018), o que impacta na cobertura inadequada das necessidades das pessoas.

Concernente à normatização da atenção, obteve-se, neste estudo, um GI crítico, uma vez que não há protocolos e diretrizes voltados à atenção às pessoas com DM, como também protocolos com fluxos de acesso entre os

diferentes pontos da rede assistencial do município. Os encaminhamentos das pessoas com DM para a rede assistencial são orientados pela secretaria que tem recebido informações verbais dos profissionais.

Divergente ao encontrado neste estudo, Torrês *et al.* (2014), em estudo realizado em ESF da cidade de Picos-PI, com 80 pacientes com DM, constataram que o uso de protocolo durante a consulta de enfermagem contribuiu para a padronização do serviço e para o estabelecimento de uma assistência humanizada e holística.

Resultados similares foram encontrados por Lauterte *et al.* (2020) ao concluírem que utilização do protocolo para o cuidado às pessoas com DM2 contribuiu para a padronização das condutas, para a qualificação do cuidado de enfermagem, para a autonomia e ampliação da prática clínica aos enfermeiros.

Para fundamentar a elaboração de protocolos, sugere-se o Guia para Construção de Protocolos do COREN-SP (PIMENTA *et al.*, 2015) e Diretrizes Metodológicas para a Construção de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016c).

Os protocolos e diretrizes são essenciais para a condução das ações desenvolvidas nos serviços de saúde da AB. A Lei nº 12.401 de 2011, que estabelece a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito SUS, regulamenta, no Brasil, a utilização de protocolos (BRASIL, 2011e).

Os protocolos são documentos fundamentados em evidências científicas, que trazem saberes estruturados, sendo classificados como tecnologia leve-dura (MERHY; ONOKO, 2002). Visam orientar as decisões dos profissionais de saúde sobre a atenção adequada, mediante circunstâncias clínicas, portanto, favorecem a normalização de ações e de registros, promovem maior segurança no cuidado e economia de tempo na assistência (MOURÃO NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016).

Especificamente, na atenção às pessoas com DM, o MS elaborou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do DM1 (BRASIL, 2020a) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do DM2 (BRASIL, 2020b), com a finalidade de melhorar a assistência e de direcionar os cuidados e as ações, otimizando recursos, com vistas à eficiência e à qualidade no cuidado (MENDES, 2012).

No tocante ao uso de protocolo com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da RAS, estudo de Ribeiro *et al.* (2019) salienta os avanços obtidos com a implementação, que incluem a ordenação dos fluxos de atendimento, a identificação das pessoas com doenças crônicas, a estratificação de riscos e o direcionamento de encaminhamentos.

O uso de protocolos facilita a ação do serviço de regulação, pois permite que a gestão estabeleça quais pessoas precisam ser avaliadas pelo serviço especializado e aquelas em que não há a necessidade de atendimento em outro nível de atenção, podendo ser manejadas na AB. Assim, a implementação de protocolos com fluxos de acesso pode direcionar o agir com coerência, considerando as singularidades locais com vistas às necessidades das pessoas com DM (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Quanto ao acesso aos serviços especializados, resultados do presente estudo evidenciaram que o município possui mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados, por meio de convênios da prefeitura e de especialidades médicas.

Contudo, identificou-se, a ausência de estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados, o que acaba por ocasionar a demora no acesso a estes serviços, contribuindo para a formação de uma longa lista de espera, com repercussões no tratamento e no acompanhamento de pessoas com DM.

Essa situação local se assemelha a realidade nacional uma vez que os processos regulatórios em saúde priorizam a organização de listas de espera e de fluxos assistenciais com caráter normativo, mas se distanciam das necessidades das pessoas, principalmente, na produção do cuidado integral (FREIRE *et al.*, 2020).

Estudo de Fausto *et al.* (2014) utilizou informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sob a perspectiva de 16.566 equipes de Saúde da Família e de 62.505 usuários participantes, e identificou que os fluxos pouco ordenados, a integração incipiente da APS à rede e a falta coordenação entre APS e atenção especializada constituem importantes barreiras para o acesso.

Resultado semelhante foi observado por Silva *et al.* (2017a), em que a organização do fluxo assistencial também tem como obstáculo a incipiência da RAS e a ausência de instrumentos de comunicação interprofissional.

A regulação do acesso é o instrumento que irá ajustar a oferta existente com as necessidades de saúde dos usuários do SUS (CONASEMS, 2021). O serviço de Regulação do Acesso à Assistência tem por objetivo organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, ou seja, permitir o acesso aos serviços de saúde. Consiste no estabelecimento de meios e de ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independentemente de pactuação prévia e da disponibilidade de recursos financeiros, o que contribui para a organização da RAS (BRASIL, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2018)

A regulação, além de realizar essa interlocução entre municípios e regiões, tem a função de qualificar as demandas dos usuários, com o estabelecimento de prioridades na atenção, para otimizar a organização, auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores e promover a equidade (CONASEMS, 2021).

Posto isto, sistemas logísticos para a operacionalização dos serviços prestados, devem estar adequados no âmbito municipal, com vistas a fornecer a interlocução entre os pontos de atenção da rede e seus recursos existentes, seja para a gestão ou para os profissionais que atuam na rede. Os encaminhamentos devem ser pactuados por instrumentos de regulação como os contratos com prestadores, com centrais de regulação e também por protocolos de regulação do acesso (CONASEMS, 2021).

A adequação da oferta aos serviços especializados deve ser considerada no fluxo da RAS para que se obtenha a efetividade do acesso, a resolutividade das ações e o acompanhamento das pessoas com DM.

Constatou-se, no presente estudo, que a adequação da oferta aos serviços especializados é crítica com relação ao tempo de espera para a realização de exames laboratoriais específicos e para consultas com o endocrinologista e com o oftalmologista. Em relação aos exames laboratoriais, a coordenação da AB alega que a demanda é superior à cota municipal. Há demora na liberação e na realização dos exames laboratoriais, o que dificulta a confirmação diagnóstica e o acompanhamento da pessoa com DM.

Realidade semelhante foi encontrada por Carvalho-Filha, Nogueira e Medina (2014) ao avaliarem o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e de usuários de Caxias (Maranhão-MA), verificaram que a existência de cotas para a realização de exames laboratoriais gera problemas, como a quantidade inferior à demanda e o tempo de entrega dos resultados.

A importância dos exames laboratoriais adequados para o cuidado efetivo da pessoa com DM é evidenciada na linha de cuidado do MS que busca fortalecer e qualificar a atenção à pessoa (BRASIL, 2013b). Assim, o diagnóstico é realizado com base em exames laboratoriais como a GJ e a HbA1c (SBD, 2019).

Especificamente, o exame de HbA1c deve ser realizado rotineiramente em todas as pessoas com diabetes, sendo na avaliação inicial e também como parte do tratamento contínuo. A frequência depende da situação clínica, do tratamento e do julgamento médico, recomendando-se a realização do exame pelo menos duas vezes por ano em pessoas com controle glicêmico estável e, a cada três meses, para aquelas instáveis ou que não atingiram a meta com ajustes de tratamento (ADA, 2020).

A HbA1c é um importante indicador para os profissionais de saúde, pois permite o acompanhamento das pessoas com DM, assim como a análise da efetividade do plano terapêutico, podendo ser utilizada na priorização dos casos que necessitam de intervenção e de apoio (ROSSANEIS *et al.*, 2019).

A dificuldade de acesso às consultas com especialidades de endocrinologia e de oftalmologia foram relatadas pelos profissionais do estudo como importante barreira para o cuidado às pessoas com DM.

Esses resultados corroboram o estudo de Salci, Meirelles e Silva (2017), que, ao avaliar a prevenção de complicações crônicas do DM à luz do referencial teórico do Pensamento Complexo por integrantes da APS, por meio da pesquisa avaliativa, verificou a dificuldade para se conseguir consultas especializadas, uma vez que o tempo de espera poderia variar de seis meses a mais de um ano para o oftalmologista e endocrinologista. A situação indica a dificuldade para o manejo da pessoa na AB, o que compromete a condução dos casos mais complicados e contribui para o desenvolvimento e/ou para o agravamento das complicações da doença.

O tempo de espera, bem como as listas de espera nos serviços de saúde, está atrelado ao descompasso entre a oferta e a demanda dos serviços, sendo considerado uma das principais barreiras para o acesso aos cuidados em saúde, o que reflete um problema comum ao sistema público de saúde (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; MALTA *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2020).

Denota-se a necessidade de investimentos para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com o adequado financiamento, governança e gestão (MALTA *et al.*, 2017), com vistas a garantir às pessoas com DM consultas especializadas focadas na prevenção e não apenas encaminhamentos que não se materializam ou que só se efetivam quando as complicações crônicas já estão presentes (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Desse modo, o acompanhamento da equipe da AB às pessoas com DM é essencial para o planejamento da assistência e, para isso, é preciso que se tenham à disposição informações dentre as quais, as fornecidas pelo SI.

No presente estudo, evidenciou-se a utilização do e-SUS APS, sendo sua alimentação de competência de cada profissional de saúde, com vistas ao cadastramento e ao lançamento das atividades desenvolvidas junto à população do território.

Considerando sua complexidade, para a operacionalização dos serviços prestados, os SIs devem estar adequados ao âmbito municipal, sendo capaz de prover interlocução entre os pontos de atenção da rede e seus recursos existentes (CONASEMS, 2021).

Os resultados do presente do estudo corroboram ao encontrados por Santos *et al.* (2017a) ao concluírem que uma parcela muito pequena das equipes de AB possuíam um alto nível de incorporação da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Essa realidade coloca em perspectiva a necessidade de os gestores incrementarem o processo de incorporação da TIC, para o cuidado efetivo da equipe da AB.

De acordo com o MS, os SIs em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e de coleta de dados, que objetivam fornecer informações para analisar e para melhorar a compreensão de importantes problemas de saúde da população, com vistas a subsidiar a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal; e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social,

fornecendo dados para o uso de todos os envolvidos na consolidação do SUS (BRASIL, 2021).

Na AB, tem sido utilizado o e-SUS APS, sendo este uma estratégia para reestruturar as informações da APS em âmbito nacional. Essa ação está em consonância com a proposta mais geral de reestruturação dos SI em saúde do MS, uma vez que entende que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2021a).

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, substituindo o SIAB para fins de financiamento e de adesão aos programas e às estratégias da PNAB (BRASIL, 2021b).

O SISAB integra a estratégia denominada e-SUS APS que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. O sistema e-SUS AB visa captar os dados, sendo composto por dois sistemas de *software*, que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles, a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (CONASS, 2013).

O PEC, funciona como prontuário médico para o registro de atendimento individual de cada paciente, assim como organiza a demanda da unidade e gerencia a agenda dos profissionais, além de notificar procedimentos realizados ao Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Ressalta-se que o modelo a ser utilizado depende da especificidade e da disponibilidade dos recursos de informática de cada município (CONASS, 2013).

Por meio dos registros eletrônicos, os SIs em saúde produzem informações de forma organizada sobre a eficiência das ações e sobre situações de saúde da população, assim como permitem o registro integrado dos dados, corroborando para o planejamento, para o aperfeiçoamento e para o processo decisório dos profissionais e dos gestores com vistas às melhores práticas, para a qualidade do cuidado (JHA *et al.*, 2006; SHEKELLE; MORTON; KEELER, 2006; MARIN, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2016b; SANTOS *et al.*, 2017a).

Dentre as vantagens da utilização do e-SUS AB, estão o reconhecimento da situação de saúde dos usuários, na medida que possibilita a inclusão no

sistema o endereço dos indivíduos, o nome, os dados sociodemográficos e as condições de saúde; é de fácil manuseio, contribui para a diminuição das fichas para monitoramento dos usuários, assim como proporciona relatórios mais dinâmicos que contribuem para melhor avaliação do serviço de saúde (BOITAGRO *et al.*, 2017).

Embora o SI e-SUS AB seja considerado uma estratégia reconhecida como uma inovação tecnológica, alguns aspectos ainda fragilizam sua implantação, tais como incompatibilidades com o processo de trabalho, problemas com a infraestrutura, implantação de forma súbita, aliada à deficiência na capacitação; sobrecarga de trabalho e resistência dos profissionais (CAVALCANTE *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018b).

A alimentação adequada do SI possibilita o levantamento de indicadores para o monitoramento das ações realizadas às pessoas com DM e para a gestão municipal. Os indicadores de saúde, definidos como instrumentos para mensurar uma realidade, são um parâmetro norteador, capaz de gerenciar, de avaliar e de planejar as ações na saúde, de modo a subsidiar as tomadas de decisões, com vistas às mudanças nos processos e nos resultados (FRANCO, 2010; BOGAERT; OYEN, 2017; OPAS, 2018).

Embora o município faça uso do sistema e-SUS APS, ainda se percebe que as funcionalidades do sistema não são utilizadas em sua totalidade, tendo em vista que não há o levantamento de indicadores.

Os indicadores, como instrumento de gestão e de avaliação da política de saúde, permitem identificar as prioridades, o acesso e a utilização dos serviços dos diferentes segmentos da população e também favorecer a cooperação entre os municípios (JACCOUD; MENESES, 2020).

Os processos de pactuação de indicadores e de metas entre as três esferas de governo também são necessários para o acompanhamento das ações da AB e para a mensuração dos seus efeitos na saúde das pessoas (SALA; MENDES, 2011; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017), envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, por meio de análises de dados e de indicadores, além da verificação de padrões de conformidade (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010).

A definição de metas e de indicadores deve ser utilizada para o monitoramento e a para a avaliação das Linhas de Cuidado às pessoas com DM

(BRASIL, 2013b). Posto isto, é importante apontar que o DM leva um período médio de dez anos para apresentar complicações. Isso significa que o aumento de acesso na AB nem sempre repercute de imediato na melhoria dos resultados finais dos indicadores (BRASIL, 2010). Assim, conhecer como pessoas com doenças crônicas utilizam os serviços de saúde é fundamental para a redução de barreiras de acesso e para a orientação das políticas de saúde, a fim de promover equidade e orientação do desenho de políticas de redução de vulnerabilidades (MALTA *et al.*, 2017).

Para a realização das ações às pessoas com DM, é essencial que a equipe da AB se aproprie do território, na medida que possibilita conhecer a área de abrangência para planejar a assistência que atenda às necessidades da população. Para tanto, é necessária a cobertura adequada de ACS nas microáreas, entendidas como espaço geográfico delimitado onde residem até 750 pessoas e que corresponde à área de atuação de um ACS (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012b).

Identificou no presente estudo que a ESF possui 100% das microáreas cobertas pelos ACS, sendo este um aspecto positivo e importante para a realização do cuidado às pessoas com DM. Além disso, a atuação do ACS na apropriação do território foi percebida como adequada pelos profissionais da unidade.

O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade, uma vez que é um membro da mesma e possui com ela um envolvimento pessoal, tendo como objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009b). Suas atribuições estão previstas na Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018).

Percebe-se que o escopo das práticas dos ACS é complexo e abrangente, compreendendo a articulação de políticas públicas no território, o que se constitui em uma potencialidade para a promoção da saúde da população vulnerável (BARRETO *et al.*, 2018). Ademais, atua para favorecer o processo de adesão ao tratamento e, a partir de problemas identificados, para buscar os profissionais da equipe, especialmente, médicos e enfermeiros, tanto para os encaminhamentos como para discussão e para obtenção de orientações a respeito das possibilidades de trabalho (GONZALEZ; NASCIMENTO, 2020).

O mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM, permite a investigação das necessidades e colabora para o planejamento adequado das ações em saúde (BARBOSA *et al.*, 2019b). Compete a todos os membros da equipe participar do processo de territorialização e de mapeamento da área de atuação e identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

A sua relevância foi reafirmada por Bueno *et al.* (2019) ao desenvolverem um estudo de mapeamento georreferenciado na Unidade de Saúde Coinma, em Porto Alegre/RS, o que possibilitou a análise geovisual das pessoas com doenças crônicas e contribuiu para o planejamento e para a organização do processo de trabalho das áreas de vigilância.

No presente estudo, constatou-se a existência da agenda programada e da demanda espontânea com priorização no atendimento e na garantia de consultas de acompanhamento às pessoas com DM. Desse modo, adotar a flexibilização da agenda dos profissionais possibilita o acesso e o atendimento das necessidades das pessoas com DM (BORGES, 2017; COSTA *et al.*, 2013b; CANUTO *et al.*, 2021).

A flexibilidade para a organização da agenda facilita o acesso das pessoas ao atendimento, como encontrado também, no estudo de Sousa e Shimizu (2021), que analisou o acesso à AB no Brasil, entre 2012 e 2018.

No entanto, muitas pessoas com o diagnóstico de DM ainda buscam pelo atendimento somente quando ocorre alguma alteração/complicação (SILVA *et al.*, 2017b), o que eleva as taxas de atendimentos de urgência.

No presente estudo, evidenciou-se que os atendimentos de urgência às pessoas com DM são direcionados ao serviço de urgência e de emergência do município, conforme mencionado pelos profissionais, uma vez que na ESF não há recursos materiais nem medicamentos para sua resolutividade.

A AB, enquanto componente da RAS, deve garantir o cuidado inicial às situações de urgência, sendo necessário que as equipes estejam aptas para esses atendimentos e disponham, principalmente, de qualidade de infraestrutura e de insumos básicos para uma assistência segura e de fato pactuada às urgências (HERMIDA *et al.*, 2016; LAURINDO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003), a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b) e o

Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde garantem que o cuidado inicial a situações de urgência é de competência da AB, enquanto componente da RAS (BRASIL, 2013d).

Estudo de Farias *et al.* (2015), que analisou o acolhimento e a resolubilidade das situações de urgência no âmbito da ESF, identificou que os profissionais possuem dificuldades em reconhecer uma urgência, assim como não compreendem a ESF como um serviço viável para um atendimento de urgência, considerando que esse tipo de atendimento não coaduna com o princípio que rege a APS, realizando, assim, encaminhamentos como meio de resolver a situação.

A atuação interdisciplinar para as ações de cuidado, ou seja, integrada entre diferentes profissionais, por meio do compartilhamento de habilidades e conhecimentos, visa um cuidado singular à pessoa, com suas especificidades (NANCARROW *et al.*, 2013; PARKER; HOOK; JONES, 2016; NAGELKERK *et al.*, 2018; SBD, 2019).

Identificou-se, no presente estudo, que as reuniões para a discussão de casos e de planejamento entre a equipe da ESF e entre essa e a equipe do NASF não são rotineiras no processo de trabalho e, quando realizadas, contam com a participação do ACS.

As reuniões possibilitam a análise da situação, a elaboração do plano de cuidado, a utilização dos recursos, o acompanhamento e a avaliação, a periodicidade da discussão do caso, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico, para o acompanhamento das pessoas (BRASIL, 2014d), para a integração dos profissionais, o que possibilita a tomada de decisão e a troca de conhecimentos e habilidades (VOLTOLIN *et al.*, 2019). É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe, para além da equipe de enfermagem, envolvendo também o médico, o ACS e o NASF, a fim de ampliar o escopo das ações desenvolvidas às pessoas com DM (BRASIL, 2013b).

Considerando o impacto da atuação interdisciplinar no cuidado à pessoa com DM, verificou-se, no presente estudo, que há fragilidade na interlocução dos profissionais para a organização de atividades educativas.

Esse resultado corrobora o estudo de Salci, Meirelles e Silva (2018) que objetivou compreender como os integrantes da ESF se auto-organizavam para

a educação em saúde, para o manejo e para a prevenção das complicações crônicas do DM na APS, e identificou fragilidades na realização da educação em saúde no que concerne à estrutura física, aos relacionamentos interpessoais entre os profissionais e à falta de planejamento para a implementação de atividades educativas.

A atuação interprofissional da equipe da ESF é capaz de promover ações de educação, com vistas à promoção da saúde, à prevenção, ao rastreamento e às mudanças comportamentais para o tratamento e para o controle do DM. As estratégias envolvendo a atuação de equipes interdisciplinares tem sido recomendadas, uma vez que demonstraram sua eficácia para a redução da HbA1c (COSTA *et al.*, 2020).

Nessa vertente, percebe-se a importância da organização do cuidado da equipe da ESF para o diagnóstico precoce do DM, sendo necessária a busca pelos fatores de risco durante os atendimentos médico e de enfermagem, devendo ser uma preocupação desse serviço. Embora imprescindível para contribuir para a redução das taxas de complicações e de morbimortalidade, verificou-se que ações nessa vertente são incipientes no processo de trabalho da equipe do presente estudo.

Tem sido amplamente recomendado pela OMS (2011) que, entre os principais fatores de risco para as DCNTs, estão o tabagismo, a alimentação inadequada, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a ausência de atividade física (OMS, 2011). No âmbito nacional, os mesmos fatores foram encontrados na pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2021c). Esses dados foram essenciais para subsidiar a construção do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, que define e prioriza as ações para enfrentar e reduzir as DCNTs e seus fatores de risco (BRASIL, 2011d).

Assim, na consulta de rastreamento, deve-se conhecer a história pregressa; realizar o exame físico; verificar a pressão arterial e os dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e o IMC; levantar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde; solicitar os exames laboratoriais pertinentes, dados que contribuem para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2013b), e para postergar o

aparecimento das complicações crônicas nas pessoas com DM (GROSS *et al.*, 2002).

Para o diagnóstico precoce do DM, é recomendado segundo a SBD (SBD, 2019) e a ADA (ADA, 2020), a glicemia jejum, a glicemia duas horas após Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) e a HbA1c. Os critérios laboratoriais são os mais fidedignos para o conhecimento da situação real do diabetes no país (MALTA *et al.*, 2019).

O diagnóstico precoce do DM na ESF investigada é realizado por meio da solicitação de exames para adultos, exceto para as gestantes, uma vez que a solicitação desses fica a critério dos médicos do centro de saúde. Contudo, há divergência sobre essa questão pelo fato de provocar a desvinculação da gestante com sua unidade de origem, além de gerar a inexistência de um plano de cuidado, por consequência da perda do vínculo nesse processo (LOPES *et al.*, 2019b).

O diagnóstico precoce do DM previne as complicações e contribui para os efeitos do tratamento, para a redução dos custos e para a melhoria da qualidade de vida. O tratamento do DM é compreendido pelo farmacológico e não farmacológico, que envolve as MEVs (SOUZA *et al.*, 2017), com o objetivo de prevenir o aparecimento ou a progressão das complicações crônicas, como as microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia diabética) e as macrovasculares (doença arterial periférica e acidente vascular cerebral) e para minimizar os riscos das complicações agudas, como a hipoglicemia severa (CANADIAN DIABETES ASSOCIATION CLINICAL PRACTICE GUIDELINES EXPERT COMMITTEE, 2013).

No presente estudo verificou-se que as orientações verbais sobre as MEVs são fornecidas pelos profissionais, no entanto, de forma escrita, foram observadas apenas na consulta médica, esporadicamente. A unidade dispõe de um cartão/caderneta para o controle glicêmico e pressórico com orientações escritas (controle do peso, alimentação saudável, prática de atividade física, uso de medicamentos e atenção para os sinais e sintomas de DM) e visuais (figuras ilustrativas de cada período do dia para anotação dos valores da glicemia e pressão), sendo entregues às pessoas quando disponível no serviço.

As orientações escritas para o estímulo ao autocuidado reforçam as verbais e ajudam a pessoa com DM a ajustar os próprios comportamento para manter uma boa qualidade de vida (TESTON *et al.*, 2018).

Para a construção de orientações escritas, devem-se considerar as condições socioeconômicas e culturais, o vocabulário, o uso de imagens/ilustrações para atender às pessoas com baixa alfabetização, a fim de possibilitar clareza e compreensão, e, principalmente, que sejam capazes de sensibilizar às pessoas nas MEVs (AQUINO *et al.*, 2016; MARQUES *et al.*, 2017; GALDINO *et al.*, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2019; TORRES; PAULA, 2019).

O acesso ao tratamento farmacológico, no presente estudo, era realizado na farmácia municipal, com oferta de orientações para o uso adequado dos medicamentos para o tratamento do DM.

O aconselhamento farmacêutico às pessoas, principalmente com doenças crônicas, é fundamental, uma vez que a maioria possui esquemas terapêuticos complexos que corroboram para o uso racional e seguro dos medicamentos, para a adesão medicamentosa e para o controle da doença, o que proporciona maior qualidade de vida a essas pessoas (CORRÊA *et al.*, 2017; MOSCON; OLIVEIRA, 2018; BORBA *et al.*, 2018; GOMES; TSUDA; PACE, 2020).

Estudo realizado na Jordânia com pessoas com DM constatou correlação positiva entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a satisfação com a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, com a explicação da doença e do tratamento e com a confiança na equipe de saúde (CANALI; TITTLE; SEITA, 2018).

A relevância das orientações para o tratamento farmacológico é reiterada em diferentes estudos, dentre os quais, o de Gomes, Tsuda e Pace (2020) que constatou o desconhecimento sobre o horário de tomada dos medicamentos; a dependência de outra pessoa para os procedimentos de preparo e/ou de administração da insulina; os erros na aspiração da dosagem correta de insulina; os locais inadequados para a aplicação da insulina; o armazenamento inadequado de insulina no domicílio; e a reutilização e o descarte inadequados de seringas e de agulhas.

Verificou-se, no presente estudo, que as prescrições de insulina regular com orientação para o ajuste de dose, conforme o resultado do Hemoglicoteste

(Glicemia capilar), não era realizado pelo médico da unidade, sendo prescrita a dose fixa para a maioria das pessoas. A justificativa para essa conduta deve-se a dificuldade das pessoas na interpretação do resultado do AMGC para o ajuste da dose, as quais apresentavam déficit cognitivo. Assim, o médico da unidade, tem assumido a responsabilidade pelo ajuste a partir do controle glicêmico periódico.

A insulina é classificada segundo o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices-ISMP) (ISMP, 2019a; ISMP, 2019b; ISMP, 2021) como potencialmente perigosa e de alta vigilância, com danos significativos em caso de falhas na sua utilização. Nesse contexto, é essencial que os profissionais promovam ações de educação em saúde às pessoas com DM, aos cuidadores e responsáveis para o manejo da terapia com insulina e acompanhem a aquisição de competências para o autocuidado (FLORA; GAMEIRO, 2016; FRID *et al.*, 2016; ISMP, 2017; MOUTINHO; FRUTUOSO, 2017; SBD, 2019).

Desse modo, a periodicidade regular da solicitação de exames laboratoriais (GJ e/ou Hb1Ac) se faz necessária para o ajuste do tratamento (ROSSANEIS *et al.*, 2019). No presente estudo, a frequência de solicitação de exames é semestral para as pessoas com bom controle e, para aquelas que não apresentam controle, a solicitação é trimestral, o que depende, portanto, da situação clínica, do tratamento e do julgamento médico (ADA, 2020).

O acompanhamento sistemático das pessoas com DM envolve as consultas periódicas com os profissionais de saúde, a avaliação das condições clínicas, as ações de autocuidado, o acesso ao tratamento, aos exames e aos especialistas e deve ser registrado em instrumentos apropriados.

No presente estudo, os profissionais da ESF disponibilizavam o cartão/caderneta de controle glicêmico e pressórico, com orientações sobre as MEVs e um impresso, com figuras ilustrativas de cada período do dia para a anotação dos valores da glicemia e da pressão arterial. No entanto, o instrumento para o acompanhamento das pessoas com DM limita-se ao registro dos valores glicêmicos e pressóricos.

As linhas de cuidado do MS (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013b) recomendam que, após a definição do tratamento, é essencial o acompanhamento das pessoas com DM, principalmente por equipe

multidisciplinar, a fim de avaliar a evolução da doença, a adesão às orientações, a estratificação de risco, a prevenção de complicações, bem como a identificação e o manejo das complicações.

Estudo de Salci, Meirelles e Silva (2017) concluiu que o acompanhamento sistematizado para o controle efetivo e para a prevenção das complicações do DM foi falho em decorrência da organização do sistema da APS, da gestão, das equipes e dos profissionais em suas ações.

Radigonda *et al.* (2016) avaliaram o acompanhamento de adultos com hipertensão arterial e/ou DM pelas equipes de Saúde da Família e identificaram que, dos 687 indivíduos com hipertensão e/ou diabetes, 386 tinham registro nas unidades básicas; a cobertura de consulta médica (69,2%) foi regular; as de consulta de enfermagem (1,5%) e de visita domiciliar (12,2%) foram críticas e portanto, o acompanhamento pelas equipes não atendeu ao padrão assistencial estabelecido.

O acompanhamento pelo AMGC entre as pessoas que fazem o uso da terapia com insulina deve ser incentivado para favorecer o autocuidado, a prescrição do tratamento adequado, o controle da doença e a melhora da qualidade de vida (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

A SBD (SBD, 2019) estabelece que o AMGC é fundamental, sendo recomendado fazer ao menos quatro glicemias capilares ao dia, distribuídas de preferência em períodos pré-prandiais (antes do café, do almoço, do jantar e da ceia), a fim de permitir que a pessoas com DM adotem condutas imediatas de ajustes de doses de insulina, com o objetivo de manter as metas glicêmicas nos limites de normalidade.

No entanto, o AMGC é uma dificuldade entre as pessoas com DM da ESF pesquisada, pela dificuldade na interpretação dos resultados do HGT e, ainda, pelo déficit cognitivo. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que apontou para a dificuldade das pessoas no AMGC, o que compromete a vigilância do real estado de saúde, emergindo a necessidade de capacitação, com vistas à eficácia do procedimento e à prevenção de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Deve-se ter cautela para a atribuição de ações de autocuidado entre as pessoas que apresentam disfunção cognitiva pelo risco aumentando de falhas

para realizar o AMGC (CUEVAS; STUIFBERGEN, 2017; VIANNA *et al.*, 2017) e portanto, necessitam do suporte de cuidador e/ou dos profissionais de saúde.

A alfabetização em saúde é uma estratégia pontencializadora para melhorar a autoeficácia e o empoderamento, por meio das qual a pessoa poderá obter e compreender as informações necessárias (LEE *et al.*, 2016) para melhorar o numeramento, ou seja, a habilidade para a realização de cálculos matemáticos (BAKER *et al.*, 1999), para a tomada de decisão e para a adesão ao autocuidado (SAMPAIO *et al.*, 2015; PIMENTEL *et al.*, 2021).

O acompanhamento sistemático envolve também a busca ativa das pessoas faltosas com DM pela equipe. Na ESF pesquisada, a busca ativa é realizada parcialmente, e, ocorre entre aquelas que requerem maior atenção dos profissionais de saúde, tendo em vista que não há o mapeamento das pessoas com DM das microáreas.

A busca ativa de pessoas com DM que não aderiram ao tratamento e que não compareciam às reuniões foi considerada uma fortaleza dentre as ações de cuidado prestadas pela equipe da ESF (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Esse resultado corrobora o de Venâncio, Rosa e Bersusa (2016), uma vez que os gerentes informaram que 61% das unidades de saúde realizavam busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos na comunidade e, dentre essas, 77,5% adotavam procedimentos de busca ativa nos casos em que eram detectadas alterações nos exames e os pacientes não retornavam à unidade.

As atividades de educação em saúde com o planejamento em equipe devem atender às necessidades das pessoas, visando à promoção da saúde, à prevenção de doenças e de complicações. Essas atividades têm o potencial para interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2012b).

A educação em saúde, realizada no presente estudo, limita-se à orientação e é realizada pela iniciativa de alguns profissionais como enfermeiro, médico, TE, nutricionista e farmacêutica, a que não se configura como uma ação sistemática e interprofissional.

A educação em saúde às pessoas com DM tem sido objeto de muitos estudos que apontam a sua eficácia para o AMGC (BAPTISTA *et al.*, 2019), para o controle glicêmico entre idosos (BECKER *et al.*, 2017; TORRES *et al.*, 2018), para o controle glicêmico pós-prandial e no período da madrugada (VERAS *et*

*al.*, 2014), para o conhecimento da doença, da adesão ao tratamento medicamentoso e nas taxas de hemoglobina glicada (FIGUEIRA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017b). Acrescenta-se, ainda, sua eficácia no autocuidado, na humanização da assistência e na qualidade de vida, e uma resposta positiva nos parâmetros fisiológicos, psicológicos, educativos e sociais (IQUIZE *et al.*, 2017).

Estudo de Santos *et al.* (2017b), ao comparar as ações de educação desenvolvidas de forma grupal ou individual, constataram não haver diferença em sua eficácia para a adesão, para as práticas de autocuidado e para o empoderamento da pessoa. Contudo, a redução dos níveis de HbA1c foi verificada apenas na educação em grupo.

As graves complicações do DM resultam em incapacidades permanentes, em aposentadorias precoces, em internações prolongadas, em custos elevados com o aumento dos gastos públicos de saúde e no comprometimento da qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, por tratar-se de agravos preveníveis, tornam-se imprescindíveis ações para o controle da doença (IDF, 2019; SBD, 2019; OMS, 2019; ADA, 2020).

Essas ações devem ser realizadas de forma sistemática nas consultas pelos profissionais de saúde da AB, envolvendo avaliação clínica musculoesquelética, vascular e neurológica, para a prevenção do pé diabético (BRASIL, 2013b; SBD, 2019; BRITO *et al.*, 2020); da cavidade bucal e visual, para o monitoramento dos exames laboratoriais, para o estabelecimento da periodicidade de retornos e para os devidos encaminhamentos.

Constatou-se, na realidade da ESF pesquisada, que a prevenção do pé diabético é realizada de forma esporádica e parcial; a avaliação da cavidade bucal é feita apenas pelo médico e em algumas consultas; há o monitoramento dos resultados de exames, contudo apontaram dificuldades de acesso das pessoas aos exames laboratoriais específicos, ao endocrinologista e ao oftalmologista.

A falta da avaliação clínica dos pés e dos olhos também foi encontrada em outras realidades, com visto por Tomasi *et al.* (2017) e Muzy *et al.* (2021).

No estudo de Tomasi *et al.* (2017) atribuiu-se a falta à lacuna na formação dos profissionais, o que concorre para o aparecimento e para o agravamento das complicações.

No estudo de Muzy *et al.* (2021), que dimensionou o problema do DM e suas complicações no Brasil, constatou-se que mais da metade das pessoas com a doença apresentaram  $HbA1c \geq 6,5$ . O exame de fundo de olho foi realizado em apenas 41% das pessoas no último ano. No Brasil, 20% das pessoas com DM nunca realizaram esse exame, o que reflete em uma alta prevalência de retinopatia. Quanto à realização de exames nos pés, no último ano, foi de 34%, e mais da metade das pessoas nunca o realizaram (55,1%), o que pode contribuir para amputações. Deficiências na atenção à saúde da pessoa com DM levam a maior morbidade, a internações e a atendimentos em serviços de emergência.

Em face do contexto apresentado, embora seja uma realidade local, mas similar ao panorama nacional, há a necessidade de fortalecer os serviços de saúde da AB, por meio de mudanças político-organizacionais e técnico-assistenciais, induzidas pelos resultados desta avaliação, a fim de encontrar novas e resolutivas formas de organizar os serviços e de produzir saúde na gestão participativa.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos avaliativos se constituem como ferramentas importantes para as modificações e para as transformações das ações de saúde. Crescentemente, surgem iniciativas para a avaliação de recortes da realidade, a fim de possibilitar a compreensão desse processo. Tais iniciativas permitem a elaboração de recomendações para as fragilidades identificadas, auxiliam na tomada de decisão de gestores, de profissionais e de formuladores da política de atenção à saúde municipal.

O DM, como relevante problema de saúde, mediante sua magnitude epidemiológica e impacto nos sistemas de saúde e na qualidade de vida das pessoas, foi o foco do presente estudo. Assim, analisar como o serviços de saúde da AB oferecem assistência às pessoas com DM é essencial.

Esta pesquisa avaliativa, possibilitou a aferição do GI da assistência à pessoa com DM em serviços de saúde da AB de um município de MG, sendo possível a análise geral e detalhada de cada um dos itens, permitindo identificar as potencialidades, as fragilidades e as lacunas no GI dos serviços investigados, com vistas a subsidiar a tomada de decisão, e conseqüentemente, impactar em mudanças na assistência a pessoa com DM.

O estudo permitiu a formulação de algumas considerações no tocante ao GI da assistência às pessoas com DM pelos serviços de saúde de um município de MG. Estas estão elencadas a seguir:

- A implantação da assistência à pessoa com DM no município investigado encontra-se em grau insatisfatório, com fragilidades importantes, principalmente na dimensão PO;
- Na subdimensão gestão de pessoas, a avaliação da qualificação dos profissionais apresentou os piores resultados, devido à inexistência de capacitações específicas sobre o funcionamento da RAS e sobre os cuidados sobre o DM para os profissionais de saúde, o que impacta de forma direta nesta subdimensão;
- Na infraestrutura, percebeu-se a necessidade de reparos e de manutenção do prédio, assim como de melhorias com relação à acessibilidade das pessoas da unidade. A escassez de materiais e de equipamentos para o acompanhamento das ações voltadas ao controle

do DM, como glicosímetros, esfigmomanômetro obeso e diapasão, é outro ponto insatisfatório, com repercussões diretas na atenção ofertada às pessoas. Com relação ao fornecimento de insumos para o tratamento do DM, verificou-se ausência de glicosímetro e de tiras reagentes para a verificação da glicemia capilar, o que compromete o AMGC, e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento;

- Os aspectos relacionados à integração da rede de atenção apresentaram-se críticos, principalmente pela ausência de protocolos assistenciais, com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede; na regulação do acesso e na adequação aos serviços especializados, compromete a efetividade do acesso, o que torna prejudicada a assistência integral e fragiliza o princípio da ESF como porta de entrada ao SUS;
- A inexistência de indicadores para o planejamento, para o monitoramento e para a avaliação das ações voltadas às pessoas com DM contribuiu para a obtenção do resultado negativo na subdimensão monitoramento e avaliação, fazendo-se necessária a reflexão da gestão da AB.
- Na organização do cuidado, verificou-se a inexistência do mapeamento atualizado das pessoas com DM no território e da atuação interdisciplinar, o que demonstra os piores resultados da subdimensão, uma vez que reuniões entre a equipe de saúde da família, discussões de casos entre a equipe da unidade e o NASF não fazem parte da rotina do processo de trabalho, não havendo também a interlocução dos profissionais para a organização de atividades educativas, prejudicando, assim, a realização de ações voltadas à prevenção desse agravo e de suas complicações.
- Os resultados obtidos na subdimensão Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento foi considerado insatisfatório, pois a busca por fatores de risco para o desenvolvimento do DM não faz parte da rotina do serviço; a consulta de gestantes é direcionada para um serviço de especialidades; e, segundo os profissionais, há déficit cognitivo e dificuldade das pessoas com DM para a compreensão do tratamento e do AMGC; a busca ativa dos faltosos limita-se àqueles que demandam mais atenção pela equipe. Algumas pessoas com DM só procuram a equipe quando da agudização da doença e aqueles que buscam de forma rotineira o atendimento obtêm o acompanhamento da ESF;

- A prevenção do pé diabético foi identificada de forma esporádica e parcial nos atendimentos; a avaliação da cavidade bucal é realizada apenas pelo médico, não de forma rotineira; há dificuldades de acesso das pessoas aos exames laboratoriais específicos, ao endocrinologista e ao oftalmologista, o que torna imprescindíveis ações para a prevenção das complicações decorrentes do DM e para mecanismos de regulação mais eficazes.

Desse modo, a análise do GI realizada no município, embora envolva tempo e recursos que muitas vezes ultrapassam os limites da gestão pública municipal em saúde, acredita-se ser um mecanismo avaliativo necessário. Possibilita apontar as fragilidades, potencialidades e as lacunas da implantação das ações no processo de trabalho dos profissionais de saúde e da gestão da AB que necessitam ser revistos para a assistência qualificada e segura e que contribua para a redução das taxas de complicações do DM e para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Assim, considera-se que esses resultados possam colaborar para a reflexão e para o aprimoramento da assistência à pessoa com DM nos serviços de saúde da AB e, até mesmo, para as políticas públicas de saúde.

As contribuições desse estudo refletem na atuação do enfermeiro da ESF, uma vez que lhe compete direcionar as necessidades de saúde da população, gerenciar os programas de assistência, atuar de forma articulada e interprofissional com a equipe, participar da educação permanente, das discussões clínicas para o planejamento e para a construção do projeto terapêutico singular.

## 9 RECOMENDAÇÕES

### 9.1 RECOMENDAÇÕES PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Com a finalidade de obter melhorias na assistência às pessoas com DM na AB, a equipe gestora pode considerar as seguintes ações (Quadro 5).

Quadro 5 - Fragilidades e recomendações para os gestores dos serviços de saúde da Atenção Básica.

<b>GESTORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA AB</b>	
<b>FRAGILIDADES</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>
Inexistência de indicadores	Utilizar das diferentes funcionalidades do SI e sua interface com outros SI, fornecendo dados para planejar, monitorar e a avaliar as ações por meio de indicadores.
Ausência de capacitações sobre a RAS e o DM	Capacitar os profissionais acerca da funcionalidade da RAS e ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do DM.
Dificuldade de atendimento das demandas das pessoas com DM.	Readequar o processo de trabalho do NASF no município, pautando-se as ações na integralidade, na longitudinalidade, na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, no vínculo e na responsabilização, que visem ao fortalecimento de seu papel na AB.
Inadequação da infraestrutura	Garantir a manutenção e adequação das estruturas físicas, dos materiais e equipamentos, e o monitoramento dos medicamentos e insumos para o tratamento do DM.
Inexistência de protocolos assistenciais	Elaborar e implementar protocolos para a assistência às pessoas com DM.
Inadequação da regulação do acesso aos serviços especializados	Promover reuniões com a central de regulação e regional de saúde para a discussão sobre o acesso às especialidades médicas e exames específicos.
Inexistência de protocolos com o fluxo de acesso	Determinar protocolos com os fluxos de acesso na RAS, com o estabelecimento de referência e contrarreferência no município, de forma a ofertar o atendimento integral às pessoas, tendo como porta de entrada principal a ESF, a fim de legitimar a AB no acompanhamento do DM;
Ausência da interlocução dos profissionais	Incentivar a realização de atividades de educação em saúde em caráter interprofissional na AB.

Fonte: Da Autora.

## 9.2 RECOMENDAÇÕES PARA A EQUIPE DA ESF E DA FARMÁCIA MUNICIPAL

Com o intuito de garantir um cuidado integral, longitudinal e efetivo às pessoas com DM, algumas recomendações são importantes para o desenvolvimento de ações pela equipe da ESF e da farmácia municipal investigada (Quadro 6).

Quadro 6 - Fragilidades e recomendações para a equipe da ESF e da Farmácia Municipal.

<b>EQUIPE DA ESF E DA FARMÁCIA MUNICIPAL</b>	
<b>FRAGILIDADES</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>
Inexistência do mapeamento atualizado	Realizar o mapeamento das pessoas com DM no território e sua constante atualização, para que forneçam informações que contribuam para a apropriação da área e e para o desenvolvimento de ações mais efetivas.
Ausência da interlocução dos profissionais	Fomentar a elaboração do plano terapêutico singular construído pela equipe de saúde da família e do NASF, visando a discussão de casos, atentando-se para a prevenção de complicações e a adesão ao tratamento.
Inexistência de protocolos assistenciais e de fluxo de acesso	Promover juntamente com a gestão da AB a elaboração de protocolos assistenciais (médico e enfermeiro) para a pessoa com DM, com fluxos de acesso na RAS (referência e contrarreferência).
Ausência de atividades coletivas e interprofissionais para educação em saúde	Incorporar ações de educação em saúde coletivas e interprofissionais no processo de trabalho da equipe.
Articulação incipiente entre a ESF, o NASF e a Ffarmácia.	Promover atuação conjunta dos profissionais que integram a ESF, o NASF e a farmácia municipal.

Fonte: Da Autora.

Esse escopo de ações visa ao fortalecimento, não apenas da atenção à pessoa com DM, mas também da ESF, considerando-se o princípio de atenção integral à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, I. S.; SANTIAGO, E. S. **Avaliação da atenção básica com base em indicadores: foco na assistência aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes**. 2014. 41f. Monografia (Especialização Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Doenças Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://1library.co/document/yd96kv6z-avaliacao-atencao-indicadores-assistencia-usuarios-portadores-hipertensao-diabetes.html>. Acesso em: 13 set. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/>. Acesso em: 14 out. 2021.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ÁLVARES, J. *et al.* Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 51, p. 1–9, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8YvWPwQsXhhGRVrNqtPbfpJ/?lang=en>. Acesso em: 18 out. 2021.
- ALVES, C. K. A. *et al.* Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. *et al.* (Ed.). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89–107.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes-2020. **Diabetes Care**, v. 43, n. Suppl 1, Jan. 2020. Disponível em: [https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2019/12/20/43.Supplement.1.DC1/Standards\\_of\\_Care\\_2020.pdf](https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2019/12/20/43.Supplement.1.DC1/Standards_of_Care_2020.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.
- AQUINO, J. A. *et al.* Cartilha educativa sobre diabetes: elaboração e validação de conteúdo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 77-82, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2016V37N1P77>. Acesso em: 13 out. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050- Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 3. ed. São Paulo: ABNT, 2015. Disponível em: [http://acessibilidade.unb.br/images/PDF/NORMA\\_NBR-9050.pdf](http://acessibilidade.unb.br/images/PDF/NORMA_NBR-9050.pdf). Acesso em: 17 out. 2021.

BAKER, D. W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 33-42, Sept. 1999. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991\(98\)00116-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991(98)00116-5). Acesso em: 9 out. 2021.

BÁO, A. C. P. *et al.* Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 360-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYS9whxjSsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BAPTISTA, M. H. B. *et al.* Education in Diabetes Mellitus for blood glucose self-monitoring: a quasi experimental study. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1601-8, Nov./Dec. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MqcrMPfWMQ5y6ywRTHM97Xs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2021.

BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 set. 2021

BARBOSA, R. S. C. *et al.* Diagnóstico situacional: ferramenta para o planejamento de ações em fisioterapia na atenção básica à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 719-729, jul./set. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a3159>. Acesso em: 5 out. 2021.

BARBOSA, S. P. *et al.* Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. Supl. 1, p. 395-403, 2019a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WVHymdJJBDzmFSm4f7pGLtS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1, p. 114-129. set. 2018, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>. Acesso em: 21 out. 2021.

BARRETO, R. M. A. *et al.* Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade da atenção primária à saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 3, p. 225-232, dez. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/348874353\\_Avaliacao\\_da\\_dimensao\\_estrutura\\_para\\_a\\_qualidade\\_da\\_Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/348874353_Avaliacao_da_dimensao_estrutura_para_a_qualidade_da_Atencao_Primaria_a_Saude). Acesso em: 11 out. 2021.

BAXTER, M. *et al.* Estimating the impact of better management of glycaemic control in adults with Type 1 and Type 2 diabetes on the number of clinical

complications and the associated financial benefit. **Diabetic Medicine**, v. 33, n. 11, p. 1575-1581, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26773733/>. Acesso em: 14 out. 2021.

BECKER, T. A. C. *et al.* Effects of supportive telephone counseling in the metabolic control of elderly people with diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 4, p. 704-10, July/Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cZKP9SNXZMdPyKFzrR34syw/?lang=en>. Acesso em: 22 out. 2021.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Global Health**. v. 9, p. 62, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220809/>. Acesso em: 1 ago. 2019.

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 2, p. 188-202, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/188-202>. Acesso em: 14 out. 2021.

BÍBLIA SAGRADA. **Jeremias 29, 11-14**. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos. Tradução: José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008.

BOGAERT, P.; VAN OYEN, H. An integrated and sustainable eu health information system: national public health institutes' needs and possible benefits. **Arch Public Health**, v. 75. n. 3, p. 1-5, Jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0171-7>. Acesso em 2 out. 2021.

BOITAGRO, S. C. O. S. *et al.* Implantação do e-SUS AB na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Norte Mineira de Enfermagem - Renome**, v. 6, p. 97-106, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1232>. Acesso em: 7 out. 2021.

BORBA, A. K. O. T. *et al.* Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 953-961, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>. Acesso em: 18 out. 2021.

BORGES, D. B. **Avaliação das ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na Atenção Básica**. 2017. 197f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/186182>. Acesso em: 12 jan. 2020

BORGES, R. C. M. **Avaliação do grau de implementação da assistência à pessoa com diabetes mellitus na saúde da família no município de Cuiabá-MT: um estudo de caso**. 2013. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2013. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMT\\_55ac24b4442208dd30637e1de4d14bde](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMT_55ac24b4442208dd30637e1de4d14bde). Acesso em: 13 set. 2021.

BOUSQUAT, A. E. M. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 101-113.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19.09.1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm). Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2018b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108). Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 1 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, 2011e. 124 p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_10.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2007. 186 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro7.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro7.pdf). Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília, 2010, 248 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume14.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf).

Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informações de saúde, epidemiológicas e morbidade: banco de dados**. Brasília, 2013a. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>. Acesso em: 1 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, 2016c. 107 p. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-SUS atenção primária**. Brasília, 2021a. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, 2003. 228 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a política nacional de regulação do sistema único de saúde. Brasília, 2008. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 9 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho DE 2011**.

Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012c. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014c. 37 p. Disponível em:

<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. **Política Nacional de**

**Atenção Básica.** Brasília, 2012b. 114 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília, 2013b. 160 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf). Acesso em: 30 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014d. 162 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2016a. 62 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf). Acesso: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2. ed. Brasília, 2008. 52 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf). Acesso em: 4 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2013d. 84 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16. **Diabetes Mellitus.** Brasília, 2006b. 64 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus\\_cab16.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf). Acesso: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009b, 84p. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/BRASIL,%202009b.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013c. 28 p. Disponível em: [http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5325/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf?sequence=1](http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5325/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf?sequence=1). Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006**. Brasília, 2006a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0750\\_26\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0750_26_10_2006.html). Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Requalifica UBS: manual instrutivo**. Brasília, 2016b. 32 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/requalifica\\_ubs\\_manual\\_instrutivo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/requalifica_ubs_manual_instrutivo.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília, 2018a. 26 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 8 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIIE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1**. Brasília, 2020a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes\\_MS/PCDT\\_DiabetesMellitus\\_Tipo1\\_ISBN\\_19-08-2020.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/PCDT_DiabetesMellitus_Tipo1_ISBN_19-08-2020.pdf). Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIIE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 68 p. Disponível em:

[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113\\_Relatorio\\_P\\_CDT\\_565\\_Diabete\\_Melito\\_Tipo\\_2.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_P_CDT_565_Diabete_Melito_Tipo_2.pdf). Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011d.160 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011c.152 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_2010.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do sus e de gestão**. Brasília, 2006c, 76 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf). Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009. 44 p. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL\\_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf). Acesso em: 6 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: rename 2020**. Brasília, 2019. 217 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf). Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2020**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, 2021c. 115 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do**

**estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasília, 2014b. 180 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014a. 116 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 16 jul. 2021.

BRITO, J. F. P. *et al.* Alterações sensório-motoras e fatores associados em pacientes com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cn8bvThfGmjfFSvvPFG7jf/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRITO, J. F. P. *et al.* Alterações sensório-motoras e fatores associados em pacientes com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cn8bvThfGmjfFSvvPFG7jf/?lang=en>. Acesso em: 8 out. 2021.

BUENO, A. S. *et al.* Mapeamento georreferenciado de doenças crônicas em unidade de atenção primária de Porto Alegre. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 8, n. 1, p. 33-44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2567>. Acesso em: 20 out. 2021.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-68, abr. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2021.

CANALI, G.; TITTLE, V.; SEITA, A. Medication adherence by Palestine refugees living in Jordan who have diabetes: a cross-sectional study. **Lancet**, v. 391, n. edição especial, p. S13. Fev. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30379-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30379-9). Acesso em: 14 out. 2021.

CANUTO, L. E. *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da estratégia saúde da família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1-14, abr. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2378>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARMO, K. D. S. *et al.* Rede de atenção à saúde na perspectiva de usuários com diabetes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45743>. Acesso em: 6 out. 2021.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cz7Qw4r6VFqGk5cXT9G5J5j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB**. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2016. Disponível em: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>. Acesso em: 06 out. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 679-691, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/G7KknJ7WcxXHwy8WGZb39Nj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2021.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Computerization of primary health care information systems: Advances and challenges. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, Mar./Apr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/67XXTzLtcz3LJX8H5gCrTyN/?lang=en>. Acesso em: 5 out. 2021.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CHENG, A. Y. Y. Clinical Practice Guidelines. **Can J Diabetes**, v. 37, p. S1-S3, Apr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.icjd.2013.01.009>. Acesso em: 17 out. 2021.

CIRINO, F. M. S. B. *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma unidade básica de saúde de estratégia saúde da família, município de Diadema, São Paulo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p.1-11, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em: 15 jul. 2021.

COIMBRA, V. C. C. *et al.* Structural evaluation- process of user access to a family health unit. **Rev. Esq.: Cuid. Fundam. Online**, v. 2, n. 3, p. 1095-1107, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651658>. Acesso em: 20 out. 2021.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do sistema nacional de saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMbpfmP4t8F4LMbGjcYHM3w/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (BRASIL). **Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS: diálogos no cotidiano**. 2. ed. Brasília, 2021. 440 p. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual\\_do\\_gestor\\_F02\\_tela.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf). Acesso em: 5 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Estratégia e-SUS na atenção básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB**. Brasília, 2013. 24 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 11 out. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zctf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 17 maio. 2021.

CORRÊA, P. C. C. *et al.* Perception of carriers cared for at the family health strategy, about diabetes mellitus type 2. **Rev Enferm UFPE On line**, v.11, n. 4, p.1645-51, Apr. 2017. Disponível em: [10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201712](https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201712). Acesso em: 12 out. 2021.

COSTA S. M. *et al.* Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Arq Odontol**, v. 49, n. 2, p. 66-74, abr./jun. 2013b. Disponível em: [http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392013000200003&script=sci\\_arttext](http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392013000200003&script=sci_arttext). Acesso em: 17 jul. 2021.

COSTA, G. D.; SANTOS, O. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Knowledge, attitudes, and qualification needs of primary health care professionals in the care of dementia. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. Suppl 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FzHGZZ7MLKGmytDypc8qvFc/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2021.

COSTA, K. S. *et al.* Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 33–44, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/T5PqsYWC4NQtHJGVPHfVgxN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013a. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 124-139, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/njBXs6QfP8W6WGnwKBZPFxy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio. 2021.

CUEVAS, H.; STUIFBERGEN, A. Perceived cognitive deficits are associated with diabetes self-management in a multiethnic sample. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, v. 6, n. 7, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5312423/>. Acesso em: 15 out. 2021.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. e14, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>. Acesso em: 4 jul. 2021.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. *In*: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 49-88. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ENCARNAÇÃO, P. P. S.; SANTOS, E. S. A.; HELIOTÉRIO, M. C. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, p. 273-278, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15998>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

FARIAS, D. C. *et al.* Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 79-87, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00472014>. Acesso em: 11 out. 2021.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 13-33, out. 2014. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zHcFZ3yXkMj8LMcC44mBzdm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 abr. 2021.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6, n. 2, p. sup., 2012. Disponível em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/477>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FERNANDES, J. M. *et al.* NASF's tools and practices in health of physical therapists. **Fisioter Mov.**, v. 29, n. 4, p. 741-50, Oct./Dec. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fm/a/dR8j9hnf6c8MzHvSfdLS4TQ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 out. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIRA, A. L. G. *et al.* Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/nxygX8xKc9DmKcCDNWg5mnq/?lang=en>. Acesso em: 20 out. 2021.

FLORA, C. M.; GAMEIRO M. G. H. Dificuldades no autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 11, p. 31-40, out./dez. 2016. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388249570004>. Acesso em: 18 out. 2021.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 709-724, set./dez. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/p4HgyTkkGrJjP7zdWFKXffx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência de diabetes em adultos e idosos, uso de medicamentos e fontes de obtenção: uma análise comparativa de 2012 e 2016. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, n. E190061, p. 1-4, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6rrWHB8Bcz86XZbyCSLk9gJ/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação**. UNA-SUS/ UNIFESP, 2010. 28 p. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_8.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf). Acesso em: 8 out. 2021.

FREIRE, M. P. *et al.* Regulation of care in care networks: the importance of new technological arrangements. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRTnwZm9jsxzK/?lang=en>. Acesso em: 1 out. 2021.

FRID, A. H. *et al.* New insulin delivery recommendations. **Mayo Clin Proc**, v. 91, n. 9, p. 1231-1255, Sept. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.010>. Acesso em 17 out. 2021.

GALDINO, Y. L. S. *et al.* Validation of a booklet on self-care with the diabetic foot. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 780-787, 2019. May/June. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0900>. Acesso em: 16 out. 2021.

GOMES, A. S. *et al.* Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB): um estudo avaliativo sobre suas ações com hipertensos e diabéticos. **Revista de Atenção à Saúde**, v.19, n. 67, p. 122-139, jan./mar. 2021. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6777](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6777). Acesso em: 9 ago. 2021.

GOMES, L. C.; TSUDA, L. C.; PACE, A. E. Conhecimento e práticas de pessoas com diabetes mellitus sobre a terapêutica medicamentosa e suas complicações agudas. **Enferm Bras**, v. 19, n. 4, p. 290-301, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.3100>. Acesso em: 16 out. 2021.

GONÇALVES, A. J. G. *et al.* Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 725–738, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NJLbHwg4mpxf5xvXcWHNWKL/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 18 out. 2021.

GONÇALVES, M. S. *et al.* Development and validation of an educational booklet for health eating promotion among diabetic patients. **Rev. Bras Promoç Saúde**, v. 32, e7781, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7781>. Acesso em: 14 out. 2021.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, v. 40, n. 131, p. 59-74, jan./jun. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/mNVPBPGdkVY9GKnrH78Q5nf/abstract/?lang=pt>  
. Acesso em: 17 out. 2021.

GONZALEZ, L.; NASCIMENTO, K. Manejo da adesão a tratamentos de doenças crônicas: experiências de agentes comunitários de saúde. **Revista Pró-Univer SUS**, v.11, n. 2, p. 10-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2567> Acesso em: 12 out. 2021.

GROSS, J. L. *et al.* Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/vSbC8y888VmqdqF7cSST44G/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft>. Acesso em: 17 mar. 2021.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Perception of family health teams regarding primary care provided in the urgency network. **J Nurs UFPE On line**, v.10, n. 4, p. 1170-1178, Apr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11100p1170-1178-2016>. Acesso em: 23 out. 2021.

IBGE. **Panorama do município de Monte Belo**. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-belo/panorama>. Acesso em: 8 set. 2019.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Gerência de farmacovigilância da ANVISA lança pesquisa para conhecer o perfil dos notificadores de eventos adversos de medicamentos. **Boletim ISMP**, v. 8, n. 3, fev. 2019a. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. **Guidelines for optimizing safe subcutaneous insulin use in adults**. Canadá, 2017. Disponível em: <https://www.ismp.org/guidelines/subcutaneous-insulin>. Acesso em 12 out. 2021.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Insulinas glargina e asparte: erros de medicação, riscos e práticas seguras na utilização. **Boletim ISMP**, v. 10, n. 3, maio. 2021. Disponível em: [https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/06/boletim\\_ismp\\_INSULINAS-GLARGINA-E-ASPARTE.pdf](https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/06/boletim_ismp_INSULINAS-GLARGINA-E-ASPARTE.pdf). Acesso em: 8 out. 2021.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Prevenção de erros de medicação entre pacientes com diabetes. **Boletim ISMP**, v. 8, n. 6, ago. 2019b. Disponível em: [https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/09/BOLETIM-ISMP\\_AGOSTO\\_2019\\_DIABETES\\_.pdf](https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/09/BOLETIM-ISMP_AGOSTO_2019_DIABETES_.pdf). Acesso em: 17 out. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas**. 9th ed. Brussels, 2019. Disponível em: [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_ID\\_FATLAS9e-final-web.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_ID_FATLAS9e-final-web.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

IQUIZE, R. C. C. *et al.* Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J Bras Nefrol**, v. 39, n. 2, p. 196-204, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/3CBcqXBfYJKWsQGJqJQBBTM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

JACCOUD, L.; MENESES, A. Coordenação e relações intergovernamentais no SUS – o pacto pela saúde e o seu legado. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020, p. 215- 250. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>. Acesso em 10 out. 2021.

JHA, A. K. *et al.* How common are electronic health records in the United States? A summary of the evidence. **Health Affairs**, v. 25, n. 6, 2006. Disponível em: <https://content.healthaffairs.org/content/25/6/w496.full.html>. Acesso em: 14 out. 2021.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa mais médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p.2785-2796, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M9BZC7QvZvbk4PjNrw8pxkq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

KODNER, D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. **Healthcare Quarterly**, v. 13, n. special, p. 6-15, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20057243/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

LAURINDO, M. V. *et al.* A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 3, p. 1688-1709, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1434/1551>. Acesso em: 9 out. 2021.

LAUTERTE, P. *et al.* Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, p.1-20, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40638>. Acesso em: 20 out. 2021.

LEAL, M. L. *et al.* Confiabilidade e análise fatorial de um questionário sobre acesso dos diabéticos às consultas com endocrinologistas. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 22, n. 4, p. 84–96, jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/32914>. Acesso em: 1 out. 2021.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n11/4415-4423/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

LEE, Y. J. *et al.* Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 2, p. 287-94, Feb. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26341940/>. Acesso em: 10 out. 2021.

LIMA, E. F. A. *et al.* Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pDh3nZk8vx6KnrLJLBhLxwp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p.61-71, jan./mar. 2015a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WNBg3wrRFBZsdVFRb9CbPxG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-656, abr./jun. 2015b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/wKGDCzsn5pgT4D4jZz4tbyc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

LIPSKA, K. J. *et al.* Polypharmacy in the aging patient a review of glycemic control in older adults with type 2 diabetes. **JAMA**, v. 315, n. 10, p. 1034-1045, Mar. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954412/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

LOPES, D. G. *et al.* Desafios do enfermeiro frente à diabetes mellitus gestacional na atenção primária do SUS. **Revista Ciência & Inovação**, v. 4, n. 1, p. 22-36, 2019b. Disponível em: [http://www.faculdadedeamericana.com.br/revista/index.php/Ciencia\\_Inovacao/article/view/219](http://www.faculdadedeamericana.com.br/revista/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/219). Acesso em: 12 out. 2021.

LOPES, M. T. S. R. *et al.* Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **Rev Min. Enferm.** v. 23, p. 1-7,

2019a. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1161.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na estratégia saúde da família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TWX6Kmgys8H3vmm3QktG7Kv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, s. 02, e190006, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>. Acesso em: 20 out. 2021.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 51, n. Supl 1:4s, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2021.

MARIN, F. H. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>. Acesso em: 1 out. 2021.

MARINHO, N. B. P. *et al.* Evaluation of the satisfaction of users of a service specialized in diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. Suppl 1, p. 599-606, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MqZVDzYJRr86kfcHyX7LxyH/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MARQUES, A. D. B. *et al.* Nursing interventions for the prevention of foot ulcers in patients with diabetes: an integrative review. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 163, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3823/2433>. Acesso em: 17 out. 2021.

MARTINS, M. M. F; RODRIGUES M. L. Diabetes: adesão do paciente e o papel da família nessa nova realidade. **Rev. Aten. Saúde**, v. 17, n. 59, p. 95-102, 2019. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5838/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5838/pdf). Acesso em: 8 set. 2019.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MELO, C. F. *et al.* Avaliação da estratégia saúde da família em Natal a partir das crenças dos seus usuários. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9 n. 3, p. 620-626, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116003.pdf>. Acesso em: 9 out. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes\\_Atencao\\_Saude\\_Eugenio\\_2ed.PDF](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF). Acesso em: 15 abr. 2021.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 4 out. 2021.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 385p.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 86, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006831>. Acesso em 16 out. 2021.

MIELCZARSKI, R. G.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 71-78, jan. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 Set. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria da Saúde. **Protocolo Clínico dos Centros Hiperdia Minas**. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Protocolo-Clinico-dos-Centros-Hiperdia-Minas\\_03-2015-1.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Protocolo-Clinico-dos-Centros-Hiperdia-Minas_03-2015-1.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria da Saúde. **Resolução SES nº 2606, de 7 de dezembro de 2010**. Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606\\_10.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISSIO, R.; MOSCON, J. G.; OLIVEIRA, T. B. Conhecimento e atitude frente ao tratamento para hipertensão arterial e diabetes mellitus em pacientes de uma farmácia comunitária. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 2, n. 1, p. 50-60, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v2i1.2612>. Acesso em: 19 out. 2021.

MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017b. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283/pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

MOREIRA, K. S. *et al.* Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2017a. Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5682>.

Acesso em: 17 jul. 2021.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016.

Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>. Acesso em: 20 out. 2021.

MOUTINHO, D. G. G.; FRUTUOSO, M. F. P. Oficinas problematizadoras para o cuidado de diabéticos insulín dependentes na atenção básica em saúde. **Rev. Aten. Saúde**, v. 15, n. 54, p. 74-82, out./dez. 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.13037/ras.vol15n54.4830>. Acesso em: 17 out. 2021.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 5, p. 1-18, 2021. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-05-e00076120.pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

NAGELKERK, J. *et al.* Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. **J Interprof Care**, v. 32, n. 1, p. 4-13, Aug. 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1372395>. Acesso em: 12 out. 2021.

NANCARROW, S. A. *et al.* Ten principles of good interdisciplinary team work. **Hum Resour Health**, v. 11, n. 19, May. 2013. Disponível em:

<https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>. Acesso em: 10 out. 2021.

NETO, J. J. S.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O programa mais médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o Índice de desenvolvimento humano municipal. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2709-18, 2016. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PSNtgPybzvDDBCvmFYDgm9P/abstract/?lang=pt#:~:text=Por%20meio%20de%20uma%20an%C3%A1lise,na%20regi%C3%A3o%20Norte%20ou%20Nordeste>. Acesso em: 2 out. 2021.

NEVES, R. G. *et al.* Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do programa de melhoria do acesso e da

qualidade da atenção básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/rsdyyHsm96CZgHyBzxZY7Vh/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2021.

NEVES, R. G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: ciclos I e II do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/qLrXpkBm9ZyrwBhBzm8T7Kr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2021.

OLIVEIRA, A. E. *et al.* Implantação do e-SUS AB no distrito sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 212-218, maio/jun. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9BQRDHFnyPLfMsyXWdbLphS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2021.

OLIVEIRA, I. V. *et al.* Educação permanente em saúde e o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde Debate**, v. 44, n. 124, p. 47-57, jan./mar. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8w7BsHDDS97nhJBYrByvvKz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 out. 2021.

OLIVEIRA, R. F. *et al.* Automonitorização glicêmica: dificuldades na realização do procedimento por pacientes com diabetes mellitus. **Rev Min Enferm**, v. 22, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1260>. Acesso em: 3 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global report on diabetes**. Geneva, 2016. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=6894080168CDCBD59D1D766D7916D8CD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=6894080168CDCBD59D1D766D7916D8CD?sequence=1).

Acesso em: 29 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable diseases country profiles**. Genebra, 2011, 207p. Disponível em:

[https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles\\_report.pdf](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classification of diabetes mellitus**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>.

Acesso em: 01 ago. 2019. Acesso em: 16 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**.

Washington, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18640>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde-elementos conceituais e práticos**. Washington, 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059\\_por.pdf?sequence=5](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5). Acesso em: 3 out. 2021.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rv3mNcQF6DW8JWnRnMQgT7S/abstract/?lang=pt>. Acesso: 28 jul. 2021

PARKER, R. A.; HOOK, L. D.; JONES, M. E. Glycemic control: can nurse practitioners on interprofessional collaborative practice teams enhance clinical outcomes? **J Am Assoc Nurse Pract**, v. 28, n. 12, p. 652-658, Dec. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12391>. Acesso em: 12 out. 2021.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Rev. Interface**, v.17, n.45, p.327-40, June. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013005000006&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013005000006&script=sci_abstract). Acesso em: 1 ago. 2019.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>. Acesso em: 16 out. 2021.

PIMENTEL, J. O. *et al.* Autocuidado de usuários com diabetes mellitus inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar. **Rev Fun Care Online**, v. 13, p. 737-743, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222810>. Acesso em: 19 out. 2021.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o Compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. e34440015, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Wpt3XsBswvCdWPtz8k4MpXJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PINTO, C. J. M.; ASSIS, V. G.; PECCI, R. N. Educação nas unidades de atenção básica: dificuldades e facilidades. **Rev Enferm UFPE On line**, v.13, n. 5, p. 1429-36, maio. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/237759/32298>. Acesso em: 19 out. 2021.

RADIGONDA, B. *et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela estratégia saúde da família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv.**

**Saúde**, v. 25, n. 1, p. 115-126, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/c8V4Z7TFVSHHkdCXhch97by/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

REIS, P. *et al.* Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 60, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39880>. Acesso em: 1 out. 2021.

REZENDE, E. P.; SOUZA, L. E. P. F. Análise da implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em municípios da Bahia – 2013. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. supl. 2, p. 9-26, 2016. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2692>. Acesso em: 18 maio 2021.

RIBEIRO, D. R. B. S. *et al.* Análise de implantação do núcleo de apoio à saúde da família em três municípios da zona da mata norte de Pernambuco. **Rev. APS**, v. 20, n. 4, p. 501-518, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16080>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RIBEIRO, J. P. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica do estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29436>. Acesso em: 15 out. 2021.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 29–38, 2019. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/5>. Acesso em: 8 out. 2021.

ROCHA, A. C. D. *et al.* Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev Adm. Saúde**, v. 14, n. 54, p. 71-9, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-674874>. Acesso em: 13 set. 2021.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* Factors associated with glycemic control in people with diabetes mellitus. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 997–1006, Mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCMSNwbw65MXJhS7xmXg9tc/?lang=en>. Acesso em: 7 out. 2021.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 912-926, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400009>. Acesso em: 23 out. 2021.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. **Escola Anna**

Nery, v. 22, n. 1, e20170262, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0262>. Acesso em: 9 out. 2021.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S; SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2882, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf). Acesso em: 9 set. 2019.

SAMPAIO, E. D. (Org.). **Envelhecimento humano: desafios contemporâneos**. Guarujá, Científica Digital, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/COSTA%20et%20al.,%202020.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M7DPXvrQjib6P8qRSQP9nwx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

SANINE, P. R. *et al.* Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sLQfrVDxWw7ZMM36LtJ9Wjt/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2021.

SANTOS, A. F. *et al.* Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad de Saude Publica**, v. 33, n. 5, 2017a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RnPV7RmbyK3LybkSPTJsBGM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

SANTOS, A. L. *et al.* Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 21, n.2, p. 251-258, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16042>. Acesso em: 31 jul. 2019.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gT4mFsZGMcPNTSvywD7rNBq/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018b. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000300861&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000300861&script=sci_arttext). Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, J. C. *et al.* Comparison of education group strategies and home visits in type 2 diabetes mellitus: clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 1-11, 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZqGFDn4gsd6wYx7jHSNhcHR/?lang=en>. Acesso em: 16 out. 2021.

SANTOS, L.; TORRES, H. C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 574-80, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DMHMkCw4ctJb3cnq4FSJgcq/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SANTOS, M. P. R. *et al.* Qualidade da atenção aos pacientes com diabetes mellitus no programa mais médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil. **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 384-399, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Sc66ByXqKycW4YrgXXWRVJy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SANTOS, R. S. A. F. *et al.* Rede de atenção à saúde ao portador de diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 268-282, dez. 2015b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BF3GJ3rGFz5p8GH9NYz3pNP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2021.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no programa saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026612003.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

SCAIN, S. F. *et al.* Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 77, n. 3, p. 399–404, Sep. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296241/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc Saúde Colet**, v. 4, p. 221-242, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskqqLyDL9hv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na atenção básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 94-108, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NNBGZtcDZR6MH56gb3dWHZS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa mais médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Supl. 2, p. 3435-3446, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yXM6mFq3xDhBPNQCpGRDpBv/>. Acesso em: 20 out. 2021.

SHEKELLE, P. G.; MORTON, S.C.; KEELER, E. B. Costs and benefits of health information technology. **Evid Rep Technol Assess**, n. 132, p. 1-71, Apr. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17627328/>. Acesso em: 28 set. 2021.

SILVA, A. S. B. *et al.* Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 3, p. 512-8, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yBBjwhkmfYMWwgr8HR7t4mh/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SILVA, D. A. M. *et al.* A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 659-682, maio/ago. 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/khjbqxsQCpzvWkzPVQcZgWL/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

SILVA, K. S. *et al.* Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, 2017a. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1226>. Acesso em: 5 out. 2021.

SILVA, L. S. *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3575>. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA, R. M. C. *et al.* Assistência integral a diabéticos na atenção básica: análise do 1º ciclo do PMAQ no município de João Pessoa-PB. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 10, p.491-494, out. 2017b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i10.2257>. Acesso em: 13 out. 2021.

SILVA, T. F. A. *et al.* Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica. **Rev Min Enferm**, n. 3, p. 710-716, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/957>. Acesso em: 26 jul. 2021

SILVA, T. I. M. *et al.* Diffusion of the e-SUS primary care innovation in family health teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2945–2952, Nov./Dec. 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/R5RGqg3rJJ3ZHxp9Bc95Nwt/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2021.

SILVEIRA, J. A. A. *et al.* Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da família pedregal II,

em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/05\\_Original\\_Caracteristica.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/05_Original_Caracteristica.pdf). Acesso em: 27 jul. 2021.

SIONEK, L.; ASSIS, D. T. M.; FREITAS, J.L. “Se eu soubesse, não teria vindo”: implicações e desafios da entrevista qualitativa. **Psicol. Estud.**, v. 25, e44987, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722020000100206&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100206&lng=en&nrm=iso). Acesso em 29 mar. 2021.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O programa mais médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PSNtgPybzvDDBCVMFYDgm9P/abstract/?lang=pt#:~:text=Por%20meio%20de%20uma%20an%C3%A1lise,na%20reqi%C3%A3o%20Norte%20ou%20Nordeste>. Acesso em: 3 out. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

SOUSA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a atenção básica em saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 08, p. 2981-2995, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>. Acesso em: 12 out. 2021.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial, p. 289-301, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zwp65kZ9j4gzMQFBHZgLnwf/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.1653-1662, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NGnDBv5TCWR7p9Z8CJP6rxf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SOUZA, J. D. *et al.* Adherence to diabetes mellitus care at three levels of health care. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170045, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0045>. Acesso em: 20 out. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 13 jun. 2021.

SUPLICI, S. E. R. *et al.* Adesão ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus na atenção primária: estudo de método misto. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jF5QntVTdRBWTNcVfJ7hpGH/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1-9.

TAVARES, V. S. *et al.* Avaliação da atenção ao diabetes *mellitus* em unidades de saúde da família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 3, p. 527-536, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2014.v23n3/527-536/>. Acesso em: 26 jul. 2021

TESTON, E. F. *et al.* Effect of the consultation of nursing on knowledge, quality of life, attitude towards disease and self-care among persons with diabetes. **Rev Min Enferm**, v. 22, e-1106, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180034>. Acesso em 11 out. 2021.

TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5HX6wn8zMdWqtMTNZ5ZzbzH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2021.

TOMASI, E. *et al.* Diabetes care in Brazil: program to improve primary care access and quality-PMAQ. **J Ambul Care Manage**, v. 40, n. 2, p. S12-S23, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338878/>. Acesso em: 31 jul. 2019.

TONELLI, B. *et al.* Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>. Acesso em: 16 jul. 2021.

TORRES, H. C. *et al.* Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes no controle metabólico: ensaio clínico randomizado por

conglomerados. **Rev Saude Publica**. v. 52, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dXQ87KkQ4D7WnBZNttJwbTv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

TORRES, H. C.; PAULA, D. V. Evaluation of a primer giving guidance on diabetes mellitus self-care. **Rev enferm UERJ**, v. 27, e7722, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.7722>. Acesso em: 17 out. 2021.

TÔRRES, J. S. S. et al. Consulta de enfermagem ao diabético utilizando o Protocolo Staged Diabetes Management. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.4, p.466-71, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13784>. Acesso em: 11 out. 2021.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, p. 445-52, dez. 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xQrcDcMF3c8bfctnHyqGmsD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 113-135, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rbn3NQM8XtmNMRRbMXKJbfk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2021.

VENERMO, M. *et al.* Amputations and socioeconomic position among persons with diabetes mellitus, a population-based register study. **BMJ Open**, v. 3, n. e002395, p.1-7, Aug. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521419300576>. Acesso em: 20 jul. 2021.

VERAS, V. S. *et al.* Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 609-16, jul./set. 2014. Disponível em: [https://www.redalyc.org/pdf/714/71432144008\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/714/71432144008_2.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

VIANNA, M. S. *et al.* Self-care competence in the administration of insulin in older people aged 70 or over. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, n. e2943, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RL8J9GdxYDqKyvzqwNTb6bL/?lang=en>. Acesso em: 18 out. 2021.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades como dispositivo de mudança na atenção básica em saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 221-231, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CXG8qfNwWB9PWn8Lp3QNkKC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, e20170477, 2019, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em: 18 out. 2021.

ZACHARIAS, F. C. M. *et al.* Avaliação de estrutura e processo na atenção em diabetes mellitus. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 2, p. 134-142, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118398>. Acesso em: 23 jul. 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Padronização dos resultados na MAJ

Indicador	Medidas	Parâmetros	Enfermeiro	Médico	Técnica de Enfermagem	Farmacêutica	Observação Participante	Pontuação Obtida
Cobertura dos profissionais	Nº de pessoas residentes na área de abrangência da eqESF	Entre 2500 e 3500 pessoas sem área de interesse social (10 pts) Entre 2500 e 3500 pessoas com área de interesse social (5 pts) Mais de 3500 pessoas (0 pts)	Já chegou a ter várias populações diferentes. Na última redivisão, tinha 2756 [...]. A gente trabalha com uma área muito carente de recursos. (5,0 pts)	Aproximadamente 3500 habitantes. A gente lida com uma população carente cognitiva e financeira. (5,0 pts)	Ah, umas 3180 pessoas. É uma área muito carente, as pessoas precisam. (5,0 pts)	-	-	5,0+5,0+5,0= 15,0  15,0/3= 5,0 pts
	Percepção da eqESF quanto ao nº de pessoas residentes na área de abrangência	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	É uma demanda grande, não dá pra dar atenção pra todos que procuram a unidade. [...] é uma área extensa, com uma população bem grande.	A gente sofreu um baque agora, porque o nosso território foi aumentado, ele já era o maior do município. (0,0 pts)	A quantidade de pessoas na área para o funcionamento da unidade, até que parece uma quantidade boa! (5,0 pts)	-	-	0,0+ 0,0+5,0= 5,0  5,0/3= 1,66* ≈ 0 pts  Inadequada (0 pts)

		(0,0 pts)					
Apoio de educador físico, nutricionista, farmacêutico à eqESF	Dos 3 profissionais (10 pts) De 2 profissionais (5 pts) De 1 ou nenhum (0 pts)	Aos profissionais de apoio a gente tem pouca experiência com eles, o NASF começou a pouco tempo e depois veio essa questão de limitação de atividade por causa da pandemia. (5,0 pts)	O NASF ajudou muito o nosso tratamento! Teve paciente que eu já reduzi para quase a metade a dose da insulina, após início do acompanhamento com a nutricionista e com educador físico. (5,0 pts)	Ajuda bem, a nutricionista instrui os pacientes na alimentação. Acho muito bom! O educador físico também, está cooperando muito com a diabetes, com o peso dos pacientes, eles estão participando, faz muito bem para o psicológico deles. Então assim, eu acho que está bom! (5,0 pts)	-	-	5,0+5,0+5,0 = 15,0  15,0/3= 5,0 pts  De 2 profissionais (5 pts)

	<p>Percepção sobre a carga horária dos profissionais de apoio disponibilizada à eqESF</p>	<p>Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)</p>	<p>Acho uma carga horária muito pequena, visto que, não atuam diretamente nas ações do PSF. Por exemplo, algumas atividades são destinadas às áreas que não possuem coberturas de PSF o que deixa as áreas das unidades com desfalques na qualidade e diminuição na quantidade de atendimento. Ações como palestras e trabalho em grupo ficam a desejar. (0,0 pts)</p>	<p>Ainda acho um pouco falho, pelo fato deles terem tirado o NASF de dentro do PSF, agora está retornando. Mas, a gente ficou um período importante com o NASF longe do PSF. (5,0 pts)</p>	<p>Eu acho que eles poderiam ficar mais tempo dentro do PSF. Os pacientes precisam muito, eles estão trabalhando bastante, porque a demanda é grande, mas se eles pudessem ficar mais tempo aqui seria muito bom. (5,0 pts)</p>	-	-	<p><math>0,0+5,0+5,0 = 15,0</math> <math>10,0/3= 3,33</math> pts <math>\approx</math> 5,0 pts  Parcialmente convergente (5 pts)</p>
--	---	--	--	--	---	---	---	---

Permanência dos profissionais	Tempo de permanência do médico na eqESF	Bom: 2 anos ou mais (20 pts) Regular: de 1 a 2 anos (10 pts) Ruim: < de 1 ano (5 pts)	O médico está aqui há quase 2 anos [...]. (10,0 pts)	[...] há quase dois anos eu iniciei na estratégia de saúde da família, pelo programa mais médico. (10,0 pts)	O médico está aqui na unidade há quase 2 anos [...]. (10,0 pts)	-	-	10,0+10,0+10,0= 30,0 30,0/3= 10 pts  Regular: de 1 a 2 anos (10 pts)
	Percepção da eqESF quanto à valorização profissional	Adequada e convergente (20 pts) Parcialmente convergente (10 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Ah é baixa! No geral é baixa! Por parte da gestão, não tem reconhecimento . Por parte da população, talvez [...]. [...] acaba entendendo mais a do médico, mas não entende o resto. (10,0 pts)	Eu fico satisfeito, porque na parte de diabetes, a população está muito satisfeita com o meu tratamento [...] Estou conseguindo um bom controle na maioria dos pacientes, e isso faz com o que os pacientes venham até a unidade buscar o tratamento [...] Chegam aqui e falam, vim tratar meu diabetes com você. (20,0 pts)	Ah é bom [...]. A equipe sabe trabalhar bem junto. Porque quando você se sente valorizado, você gosta do local! Então é bom sim! Não tenho do que reclamar não! (20,0 pts)	-	-	10,0+20,0+20,0= 50,0 50,0/3= 16,66 pts  ≈ 20,0 pts  Adequada e convergente (20 pts)

Qualificação dos profissionais	Capacitação sobre organização /funcionamento da rede municipal	Sim (10 pts) Não (0 pts)	Se for fornecida pela gestão, nenhuma! (0,0 pts)	Não sei de qualificação nenhuma, em termos de cursos. Não sei de nenhuma qualificação para equipe. Desde que eu entrei aqui, não houve! (0,0 pts)	Não! Eu acho que se tiver curso, qualificação é bom, para gente melhorar sim, é bom, é importante sim! (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  Não (0 pts)
	Atualização sobre DCNT ou DM	Sim (10 pts) Não (0 pts)	A gestão dificilmente oferece um diferencial pra gente. [...] então é carente essa qualificação, fica bem deficitário. (0,0pts)	Eu me atualizo sempre, através de artigos, de estudos, eu comprei um material recente sobre medicação na atenção básica, que traz as últimas atualizações no tratamento de diabetes, insulino terapia. Então assim, eu procuro me manter o mais atualizado possível [...]. Eu	Não tem! A medicina a gente sabe que evolui, os tratamentos e a forma de cuidar dos pacientes. A gente precisa sim estar aprendendo coisa nova, para poder passar coisa nova para o paciente. Hoje a gente tem a facilidade da internet, que ajuda muito, se a gente precisa	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  Não (0 pts)

				até solicitei isso para minha coordenadora do mais médico, eu tenho uma tutora que passa em visita com a gente, a gente já até solicitou que fosse feita uma capacitação com a equipe, ela disse que já teve uma capacitação desse tipo, mas foi prévia a minha vinda, então eu não sei como foi! (0,0pts)	de uma informação, a gente consegue com o médico, enfermeiro e um com o outro. (0,0pts)			
Estrutura física da ESF	% itens contemplados no checklist "ESF com acessibilidade de aos usuários"	Transformação em score, seguindo a proporção (máximo 10 pts)	-	-	-	-	(x) Boa localização da ESF na área de abrangência (2,5 pts) (x) Facilidade de transporte público para chegar à ESF (2,5 pts)	2,5+2,5=5,0

							( ) Entorno em condições adequadas ao acesso (ruas calçadas, local plano, calçadas) ( ) ESF com rampa e corrimão de acesso para portadores de deficiência física e idosos (0 pts)	
	Percepção quanto à acessibilidade de dos usuários a ESF	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Acredito que ela não atenda amplamente a necessidade da população, porque ela fica num local muito íngreme, que dependendo do paciente, do idoso, ou até mesmo uma mãe que vem com uma criança, ela não consegue chegar aqui com	Em termos de acessibilidade para cadeirantes, o paciente tem dificuldade pra entrar aqui [...]. Eu vejo a manobra dos pacientes aqui dentro do consultório, o paciente pra conseguir fechar a porta. Corredores estreitos, portas estreitas [...]. Não	A estratégia da saúde da família tem que ser dentro do bairro, as vezes o local aqui é um pouco complicado, algumas pessoas se queixam, porque tem morro, bastante ladeira! Então o local as vezes é um pouco complicado! (5,0 pts)	-	-	5,0+0,0+5,0=10,0 10,0/3= 3,33 pts ≈ 5,0 pts Parcialmente convergente (5 pts)

			uma certa facilidade. (5,0 pts)	tem corrimão, fica em um lugar com um morro muito grande, dificulta para as pessoas mais idosas. Tem que melhorar! (0,0pts)				
	% itens contemplados no checklist "ESF com estrutura física adequada"	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 10 pts).	-	-	-	-	(x) ESF com pelo menos: 01 consultório médico e 01 de enfermagem por eqAB (2,0 pts) (x) 01 farmácia; (2,0 pts) (x) 01 sala para reuniões e atividades coletivas (2,0 pts) (x) 01 sala de procedimentos (2,0 pts) (x) 01 sala para atividades administrativas (2,0 pts)	2,0+2,0+2,0+2,0+2,0= 10

	Percepção sobre a adequação da estrutura física da ESF	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	[...] estrutura mesmo em si, é um pouco deficitária. A estrutura precisa de alguns cuidados, que depois de alguns anos requer reparos, assim, eu estou aqui há quatro anos e já tive aqui há sete anos, e nada foi feito, existe projeto pra ser feito. (5,0 pts)	Consultório médico não tem um banheiro, caso o paciente precise se trocar [...]. Corredores estreitos, portas estreitas [...]. Paredes precisando de pinturas, pisos, parte hidráulica, muitos problemas [...] (0,0pts)	Apesar de estar precisando de reforma, até que a estrutura está boa, tem consultório médico, tem sala de triagem, tem recepção que cabe bem o pessoal. (5,0 pts)	-	-	5,0+0,0+5,0=10,0  10,0/3= 3,33 pts  ≈  5,0 pts  Parcialmente convergente (5 pts)
Materiais e equipamentos	% itens contemplados no checklist "Materiais e equipamentos para as ações voltadas ao	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 10 pts)	-	-	-	-	(x) Esfigmomanômetro adulto (1,25 pts) ( ) Esfigmomanômetro obeso (x) Estetoscópio biauricular (1,25 pts)	1,25+1,25+1,25+1,25+1,25= 7,5

	controle do DM"						(x) Balança até 150 Kg (1,25 pts) (x) Régua antropométrica; (1,25 pts) (x) Fita métrica; (1,25 pts) ( x) Monofilamento de nylon; (1,25 pts) ( ) Diapasão	
	Percepção da eqESF quanto aos materiais e equipamentos disponíveis para as ações voltadas ao controle do DM na ESF	Adequada e convergente (10 pts) Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	São bem precários! A gente tem uma limitação pra cuidar de pacientes diabéticos, visando a parte de diabetes, a gente tem muito poucos equipamentos. A parte de teste de sensibilidade a gente praticamente não tem nada, a	A gente tem equipamento pra aferição, da parte de diabetes, a gente tem o aparelho funcionando. As fitinhas ficam um pouco escassas, pensando na parte de cuidados com o diabético. No tratamento de feridas crônicas, que é mais comum, a gente	A gente tem o aparelho de glicemia, tem aparelhos de pressão, poderia ter um para obeso que no caso que falta. Tem balança digital, fita métrica, tudo poderia estar melhorando, mas assim, o básico a gente consegue ter! O que eu acho que	-	-	5,0+5,0+5,0= 15,0  15,0/3= 5,0 pts  Parcialmente convergente (5 pts)

			<p>gente tem um estesiômetro, parte térmica a gente não tem nada. (5,0 pts)</p>	<p>deixa um pouco a desejar na parte de pomadas [...]. (5,0 pts)</p>	<p>precisa ter, é um outro aparelho de glicemia, porque a gente conta hoje com um aparelho! Então, é difícil o acesso, a gente até tinha mais, como a gente usa muito, estraga muito e acaba logo! (5,0 pts)</p>			
	<p>Manutenção periódica dos materiais e dos equipamentos na ESF</p>	<p>Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts)</p>	<p>[...] uns 8 a 9 aparelhos estragados aqui dentro, glicosímetro e somente um funcionando. [...] se precisar sair pra uma visita domiciliar a gente leva o aparelho e se alguém chegar passando mal aqui na unidade</p>	<p>A manutenção dos materiais e equipamentos não é realizada regularmente. Há falta, ou escassez de materiais. Quase sempre a gente tem equipamento pra aferição, da parte de diabetes, a gente tem o aparelho funcionando. (5,0 pts)</p>	<p>Os aparelhos de glicemia a gente consegue trocar a bateria, consegue trocar a pilha! Mas, como a prefeitura as vezes troca a marca, vem o material para aquela marca, aquele que se tinha e não usa, fica aí, até que venha a fita</p>	-	-	<p>0,0+5,0+5,0=10</p> <p>10,0/3= 3,33 pts</p> <p>≈</p> <p>5,0 pts</p> <p>Parcial (5 pts)</p>

			não tem o aparelho. (0,0 pts)		daquela outra marca, isso que atrapalha um pouco! (5,0 pts)			
Medicamentos e insumos	% de itens contemplados no checklist "Fornecimento de medicamentos para tratamento do DM"	Transformação em score, seguindo a proporção (máximo 7,5 pts)	-	-	-	-	(x) Glibenclamida 5 mg (comprimido) (1,875pts) (x) Cloridrato de metformina 500 mg ou de 850 mg (comprimido) (1,875pts) (x) Insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL (1,875pts) (x) Insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL (1,875pts)	1,875+1,875 +1,875+1,875 =7,5
	% de itens contemplados no	Transformação em score, seguindo a	-	-	-	-	(x) Seringas com agulha acoplada para	1,875+1,875 =3,75

	checklist "Fornecimento de insumos para aplicação de insulina e AMGC"	proporção (máximo 7,5 pts)					aplicação de insulina (1,875pts) ( ) Glicosímetro ( ) Tiras reagentes para verificação de glicemia capilar (x) Lancetas para punção digital (1,875pts)	
	Percepção quanto ao fornecimento dos medicamentos e insumos fornecidos para tratamento do DM	Adequada e convergente (7,5 pts) Parcialmente convergente (3 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	Os medicamentos tem muita falta [...], a parte de controle, de fita de glicemia, está tendo uma ausência muito grande por parte do governo, não sei se ele não atende a demanda, ou se ele não acredita que aquela demanda seja verdadeira. Mas, vem um	Algumas vezes, falta alguma medicação ou fita para aferições, alguma coisa assim, mas na grande maioria das vezes tem sim. (3,0 pts)	A gente explica como que vai ser para o paciente ir atrás da insulina, ir na farmacinha da prefeitura, pra pegar. [...] como a prefeitura as vezes troca a marca, vem o material para aquela marca, aquele que se tinha e não usa, fica aí, até que venha a fita	É muita coisa para comprar, é insulina, fitinha, seringa, então a gente tenta fornecer o máximo possível, na medida que o recurso dá! Os medicamentos básicos, metformina, glicazida, o paciente consegue levar para 30 dias. Quando é	-	3,0+3,0+3,0+3,0=12,0  12,0/4= 3,0 pts  Parcialmente convergente (3 pts)

			quantitativo muito pouco e constantemente está faltando. (3,0 pts)		daquela outra marca, isso que atrapalha um pouco! (3,0 pts)	insulina, a gente faz as dosagens pra um mês. As fitinhas a gente fornece quando tem. (3,0 pts)		
	Estratégias adotadas para garantir o fornecimento de medicamentos e insumos no caso de faltas	Sim (7,5 pts) Parcial (3 pts) Não (0 pts)	[...] na medida do possível, que a gente vê que a gente tem um quantitativo que dá pra atender nossa demanda e uma pessoa que realmente necessita, que não tem condições, as vezes a gente acaba cedendo uma quantidade que não vá atrapalhar o funcionamento da unidade, mas casos esporádicos, não é rotineiro.	Faço a prescrição semestral [...]. Às vezes o que a gente faz aqui é a dispensa de material pra curativo de alguma ferida. Gaze, luva, faixa, soro, esse tipo de material. (3,0 pts)	Para o paciente que é carente, que tem necessidade de estar fazendo o curativo domiciliar, principalmente no final de semana ou fora do nosso horário, a gente ajuda, disponibiliza gaze, faixa, pomada. Agora medicamento, quando algum revendedor passa aqui pra ver o médico e deixa amostra	Todo mundo tem acesso a tudo, mas quando falta, não tem o que fazer. (0,0 pts)	-	3,0+3,0+3,0+0,0=9,0  9,0/4=2,25  ≈  3,0 pts  Parcial 3 pts

			<p>Hoje em dia, medicamentos para hipertensão, diabetes são renovados a cada seis meses, ou seja, a farmácia entrega mensalmente mas a renovação é a cada seis meses. (3,0 pts)</p>		<p>grátis, o médico passa para o paciente caso seja algum que ele tenha na prescrição. (3,0 pts)</p>			
<p>Normatização da Atenção</p>	<p>Uso de protocolo e diretrizes voltadas à atenção as pessoas com DM (médico e enfermeiro)</p>	<p>Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts)</p>	<p>Não temos protocolo! Para nenhum tipo de profissional! O município não tem [...]. [...] gente costuma olhar nos manuais do ministério e nos cadernos da atenção básica. (5,0 pts)</p>	<p>Não! Até onde me passaram não! (0,0 pts)</p>	<p>Específico para o paciente com diabetes que eu me lembre não! (0,0 pts)</p>	-	<p>Constatarei a ausência de protocolo voltado à atenção as pessoas com DM no serviço. (0,0 pts)</p>	<p>5,0+0,0+0,0+0,0= 5,0 5,0/4=1,25 pts ≈ 0,0 pts Não (0 pts)</p>

	Uso de protocolo com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial (médico e enfermeiro)	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts)	Não temos protocolo! Pra nenhum tipo de profissional! O município não tem [...]. (0,0 pts)	Não! Até onde me passaram não! (0,0 pts)	Específico para o paciente com diabetes que eu me lembre não! (0,0 pts)	-	Constatarei a ausência de protocolo formal com fluxo de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial. (0,0 pts)	0,0+0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Não (0 pts)
Regulação do acesso aos serviços especializados	Mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados	Sim (10 pts) Não (0 pts)	Depende da disponibilidade da secretaria de saúde, então, qualquer endócrino, dermatologista ou eventualmente qualquer outro profissional que é solicitado, vai depender do convênio, por parte da prefeitura. (10,0 pts)	Encaminho ao NASF que é o apoio e na hora que a gente precisa de um especialista a gente acaba caindo em uma fila. Normalmente a gente choca com essa fila pra quase tudo que a gente precisa! (10,0 pts)	O paciente passa em consulta e se o médico achar que ele precisa da avaliação do endocrinologista, ele já sai com o pedido, leva na recepção, e a recepcionista encaminha o pedido para que a assistência de saúde libere. (10,0 pts)	-	-	10,0+10,0+10,0=30,0  30,0/3= 10 pts  Sim (10 pts)
	Estratégias para a	Sim (10 pts) Parcial (5 pts)	Tem uma lista aí grande, então	Acho que	[...] alguns tem a fila de espera,	-	-	0,0+0,0+5,0=5,0

	otimização da oferta aos serviços especializados	Não (0 pts)	se a pessoa precisar hoje em dia do endócrino, ela vai ficar alguns meses aí na fila. O que está suprindo pra gente aqui nesse exato momento, é o NASF com a parte de nutrição. (0,0 pts)	aumentar o número de vagas para esses pacientes, o processo deveria ser mais rápido, a gente encaminha mais não tem previsão de quando esse paciente vai conseguir uma vaga! Então fica complicado os encaminhamentos! O NASF... ajuda muito no tratamento, no controle das doenças. (0,0 pts)	por exemplo, ortopedista, a gente atende os pacientes que estão com pedidos há mais tempo. Então, a gente vai colocando conforme a necessidade, os que são urgentes, costumam ir passando na frente! Demora, aí os pacientes falam que querem passar com o médico particular! A recepcionista ajuda, instrui o paciente sabe. (5,0 pts)			5,0/3=1,66 pts ≈ 0,0 pts Não (0 pts)
Adequação da oferta	Percepção sobre o tempo de espera para a realização	Adequada (10 pts) Parcialmente adequada (5 pts)	[...] o município não consegue manter a autorização dos exames nas	E mesmo antes dessa pandemia, o paciente passava em consulta comigo,	Ah tem demorado um pouco. As coletas tem demorado uma	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0 0,0 pts

aos serviços especializados	dos exames laboratoriais	Inadequada (0 pts)	<p>datas corretas por falta de recurso e excesso de pedidos (todos tipos de exames). Se você pedir um teste de Hemoglobina glicada, ele vai demorar uns meses pra ser liberado e voltar para fazer o controle. Então se for um caso urgente... sem chances mesmo. [...] uns cinco meses, entre liberar na secretaria de saúde e ele conseguir fazer, e depois trazer para o controle. Demora bastante.</p>	<p>eu pedia exames e ele ia gastar seis meses, sete meses pra chegar aqui com o resultado. Os exames nossos aqui são sempre atrasados, as vezes faz uma parte dos exames e a outra não faz, por exemplo, uma glicemia de jejum é feita por um laboratório aí o exame vem, aí o da hemoglobina glicada é feito por outro laboratório, e gasta dois meses depois para ter o resultado. [...] você está vendo a dificuldade, que validade tem um exame desse pra</p>	<p>média de um a dois meses. A demanda por exames de sangue é grande, tem bastante pedido. (0,0 pts)</p>			Inadequada (0 pts)
-----------------------------	--------------------------	--------------------	--	---	--	--	--	--------------------

			(0,0 pts)	mim, depois de seis meses, fica complicado. (0,0 pts)				
	Percepção sobre o tempo de espera para consulta com endocrinologista	Adequada (5 pts) Parcialmente adequada (3 pts) Inadequada (0 pts)	Tem uma lista aí grande, então se a pessoa precisar hoje em dia do endócrino, ela vai ficar alguns meses aí na fila. (0,0 pts)	Tem uma fila gigantesca. Endocrinologista mais difícil ainda! (0,0 pts)	A consulta com o endócrino é muito demorada, demora muito para conseguir vaga! Demora no mínimo um mês, no mínimo mesmo. (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Inadequada (0 pts)
	Percepção sobre o tempo de espera para consulta com oftalmologista na rede assistencial	Adequada (5 pts) Parcialmente adequada (3 pts) Inadequada (0 pts)	Depende da disponibilidade da secretaria de saúde, então, qualquer endócrino, dermatologista ou eventualmente qualquer outro profissional que é solicitado, vai depender de convênio, por parte da	Eu procuro encaminhar os pacientes para o oftalmologista, só que tem uma fila enorme, com pouco acesso a esse profissional. (0,0 pts)	As consultas com o oftalmologista são bastante demoradas [...] mais de um ano pra conseguir, a fila de espera é grande. (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Inadequada (0 pts)

			prefeitura. O que a gente tem é clínico geral, para parte de diabetes, mas o resto, vai depender de convênio. Tem uma lista grande [...]. (0,0 pts)					
Disponibilidade de informação	Atualização sistemática do SI para cadastramento dos usuários/famílias	Sim (30 pts) Parcial (15 pts) Não (0 pts)	A gente utiliza o e-SUS AB, no caso o PEC e CDS [...]. O médico lança, as ACS e a técnica também. (30,0 pts)	A gente lança paciente todos os dias no e-SUS, os exames, patologia, nosso lançamento aqui é todo através do e-SUS AB. (30,0 pts)	Uso um caderno de controle na sala de triagem que tem dia, horário, paciente, material, consulta, assinatura, registro tudo sobre triagem, curativo, controle de pacientes, liberação de materiais de curativo. [...] isso facilita o controle meu e da	-	-	30,0+30,0+30,0=90,0  90,0/3=30,0 pts  Sim (30 pts)

					receptionista para que não fique sem lançar nada no sistema e-SUS. (30,0 pts)			
Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM	Indicadores de monitoramento das ações voltadas ao controle do DM na rede municipal	Sim (15 pts) Parcial (7 pts) Não (0 pts)	A gente não faz uso de indicadores. A gestão nunca passou nada disso para gente. Então, a gente não faz! (0,0 pts)	A gente não usa indicadores não! (0,0 pts)	Eu não sei direito sobre isso! Eu nunca vi. (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Não (0 pts)
	Planejamento e organização das ações voltadas ao controle do DM com base na avaliação dos indicadores selecionados	Sim (15 pts) Parcial (7 pts) Não (0 pts)	A gente não faz uso de indicadores. (0,0 pts)	A gente não usa indicadores não! (0,0 pts)	Eu não sei direito sobre isso! Eu nunca vi. (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Não (0 pts)

Apropriação do território	% microáreas cobertas pelos ACS	Transformação em escore, seguindo a proporção (máximo 20 pts)	São seis microáreas e seis ACS. (20,0 pts)	Está tendo a adequação da parte das ACS. Todas as microáreas são cobertas pelas ACS. (20,0 pts)	Todas as áreas são cobertas pelas ACS. (20,0 pts)	-	-	20,0+20,0+20,0=60,0 60,0/3=20,0 pts
Indicador	Percepção da atuação do ACS na apropriação do território	Adequada e convergente (20 pts) Parcialmente convergente (10 pts) Inadequada ou divergente (0 pts)	As agentes se preocupam muito com os pacientes, trabalham bem, é uma equipe muito boa! (20,0 pts)	Na parte das ACS a gente tem uma boa comunicação, eu quase todos os dias vou lá pra baixo conversar com elas, e elas estão sempre me passando, me atualizando a respeito dos pacientes. (20,0 pts)	Eu acho boa! As ACS são boas, bem instruídas em relação a diabetes, elas conseguem levar informação boa para os pacientes. Elas sabem quem é o paciente, sabem olhar a medicação, tem noção de quando vão estar em casa, os horários que eles tem que tomar medicamentos, principalmente os pacientes	-	-	20,0+20,0+20,0=60,0 60,0/3=20,0 pts Adequada e convergente (20 pts)

					que precisam ser mais auxiliados. Elas instruem quanto a alimentação. (20,0 pts)			
	Mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)	A gente não faz uso de indicadores. [...] Não temos protocolo! (0,0 pts)	A gente não usa indicadores não! Não há protocolos [...] (0,0 pts)	Não vou saber te responder. Eu nunca vi. (0,0 pts)	-	Não foi observado instrumentos, indicadores e protocolos que permitissem mapear os marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM. (0,0 pts)	0,0+0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Não (0 pts)
Organização da agenda	Priorização no atendimento às pessoas com DM.	Sim (20 pts) Parcial (10 pts) Não (0 pts)	Então, hoje em dia, a gente vê a necessidade do paciente e faz a marcação. A gente não trabalha com vagas limitadas para diabetes, estamos tentando atender e	A gente procura deixar a agenda com consultas agendadas todos os dias e também deixa sempre duas, três, quatro consultas para livre demanda. (20,0 pts)	De acordo com a procura tem sim, consegue agendar as consultas, se é um paciente que está sem o medicamento, a gente consegue a consulta até para o dia. (20,0 pts)	-	Observou-se o esforço da equipe para atender às necessidades das pessoas que buscam pelo atendimento. (20,0 pts)	20,0+20,0+20,0+20,0=80,0  80,0/4=20,0 pts  Sim (20 pts)

			agendar dentro de um período máximo de uma a duas semanas, mas as pessoas as vezes é atendida naquela semana mesmo. Temos uma agenda livre demanda. (20,0 pts)					
	Garantia de consultas de acompanhamento para às pessoas com DM.	Sim (20 pts) Não (0 pts)	A gente não trabalha com vagas limitadas para diabetes, estamos tentando atender e agendar dentro de um período máximo de uma a duas semanas, mas as pessoas as vezes é atendida naquela semana mesmo.	[...] deixa sempre duas, três, quatro consultas pra livre demanda. Na parte médica a gente está sempre aberto para consulta, principalmente em pacientes que eu iniciei a insulino terapia, eu deixo livre pra ele vir ao PSF a qualquer momento. (20,0 pts)	A gente marca o controle da glicemia com 15 dias, as vezes se o paciente não tem condições de estar fazendo no fim de semana, a gente faz os cinco dias na semana e pede pra vir em jejum. E aquelas com o controle de 15 dias, já agendamos	-	Observou-se o esforço da equipe para o agendamento de consultas. (20,0 pts)	20,0+20,0+20,0+20,0=80,0  80,0/4=20,0 pts  Sim (20 pts)

			(20,0 pts)		uma consulta com o médico da unidade. (20,0 pts)			
	Atendimento de urgência às pessoas com DM em caso de intercorrências	Sim (20 pts) Parcial (10 pts) Não (0 pts)	São todas direcionadas aos serviços de urgência e emergência do município (pronto socorro), pois não temos como ajudar no atendimento, visto que, só possuímos o glicosímetro para verificação da situação. Após os atendimentos de urgência, são redirecionados para atendimento e acompanhamento no PSF. (10,0 pts)	Olha pra você vê, em tempo desse paciente fazer um AVC por hipoglicemia e aqui na unidade não temos nenhuma glicose 50% para dar a esse paciente, eu acho isso muito errado! Ainda bem que peço controle glicêmico e a técnica me passa esses casos. (10,0 pts)	Quando é um paciente com alguma coisa mais séria, mais urgente, solicita atendimento ao médico da unidade, se o médico não está na unidade, ou o enfermeiro ou eu, a gente encaminha para o hospital, para o pronto socorro e se precisa de uma transferência, lá eles dão andamento. (10,0 pts)	-	Ao presenciar uma situação de hipoglicemia pela TE, a mesma contactou o médico e esse decidiu-se por orientar paciente e família para ingestão de alimento calórico, e retornar a unidade para uma nova aferição da glicemia, caso não tenha obtido resultado satisfatório, o paciente seria encaminhado para o hospital. (10,0 pts)	10,0+10,0+10,0+10,0=40  40,0/4= 10 pts  Parcial (10 pts)

Atuação interdisciplinar	Participação dos ACS nas reuniões de equipe	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Eu falo para as agentes comunitárias, as vezes quando eu faço reunião eu tento integrar todo mundo [...]. (10 pts)	Na parte das ACS a gente tem uma boa comunicação, eu quase todos os dias vou lá pra baixo conversar com elas, e elas estão sempre me passando, me atualizando a respeito dos pacientes. (0 pts)	Reunião mesmo a gente quase não tem. Eu converso muito com o médico, enfermeiro e as meninas [ACS]. Quando a gente faz reunião as meninas participam. (10 pts)	-	No decorrer da coleta de dados, presenciei uma reunião da equipe quase completa (ausência do médico). (10 pts)	10,0+0,0+10,0+10,0= 30,0  30,0/4=7,5 pts  ≈ 10,0 pts  Às vezes (10 pts)
	Discussão dos casos entre à eqESF e os profissionais de apoio	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Hoje a gente tem a nutricionista, qualquer coisa a gente liga pra ela ou as vezes ela dá uma avaliação [...]. (10 pts)	Eu tenho contato direto com nutricionista, a gente discute casos, ela vem no meu consultório, eu vou no dela, a gente passa caso um para o outro. A gente consegue adequar melhor o tratamento do paciente. (10 pts)	Assim, a gente tem contato com o pessoal do NASF. As agentes conversam bastante com eles, o médico também, a equipe de enfermagem também. Eu passo o caso para a nutricionista, ela	-	Durante a coleta de dados, não presenciei reunião da equipe da ESF com os profissionais de apoio. (0,0 pts)	10,0+10,0+10,0+0,0= 30,0  30,0/4=7,5 pts  ≈ 10,0 pts  Às vezes (10 pts)

					conversa com o médico. (10 pts)			
	Interlocução de diferentes profissionais na organização das atividades educativas	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	[...] na triagem eles já são orientados a fazer um pré-acolhimento, orientando a respeito da alimentação, dos cuidados, da parte de medicação. [...] Mas na medida do possível a gente tenta orientar. (0,0 pts)	Não existe atividade de educação em saúde! O que a gente faz é orientação dentro do consultório, tanto enfermeiro, quanto técnico, quanto eu fazemos as orientações dentro do consultório. (0,0 pts)	A gente treina o paciente, a gente ensina, explica qual é o efeito do medicamento, como vai fazer, como precisa ser a alimentação dele, sobre uma atividade física [...]. (0,0 pts)	-	Constatai durante a observação que não há a interlocução entre diferentes profissionais para a organização e a realização de atividades educativas. (0,0 pts)	0,0+0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Nunca (0 pts)
Diagnóstico precoce do DM	Busca dos fatores de risco para desenvolvimento do DM nos atendimentos médicos e de enfermagem	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Eu gostaria de estar mais presente, mas a parte burocrática do PSF ele requer muita atenção. Eu perco mais tempo sentado atrás de uma mesa,	Sempre que eu pego paciente já com histórico familiar, com sobrepeso e sedentário, eu já procuro orientar [...]. (20,0 pts)	Na minha triagem eu converso bastante com o paciente, o diálogo entre nós é muito bom. Eu pergunto se o paciente tem família, pai, mãe	-	-	0,0+20,0+10,0+= 30,0  30,0/3=10,0 pts  Às vezes (10 pts)

			preenchendo papel e documentação, do que realmente na parte de assistência diária com o paciente. Já estive mais presente com os pacientes, hoje em dia eu estou mais preso na parte burocrática. (0,0 pts)		com diabetes, é uma área que a gente conhece bem as pessoas, a gente percebe se é um paciente que está perdendo muito peso, a gente pergunta o porquê. O médico também é muito bom, ele sempre pergunta, as ACS nas visitas também conseguem perceber, perguntar, elas falam para a gente, orientam a procurar a unidade. (10,0 pts)			
	Solicitação de exames para o diagnóstico	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	É raro um paciente que chega aqui para uma consulta e	Sempre que o paciente chega aqui com glicemia alterada eu	Existe! Existe! Às vezes um paciente vem [...] fazemos	-	-	10,0+20,0+20,0= 40,0

	<p>precoce do DM nas pessoas com 45 anos ou mais e/ou com IMC &gt; 25, associado a pelo menos mais um fator de risco</p>		<p>a gente identifica que ele eventualmente já esteja com a glicemia subindo. [...] Não é uma rotina, pelo menos não nessa unidade. Uma pessoa vir aqui, por livre espontânea vontade, porque ela está curiosa, para saber quanto está a glicemia dela ou a PA dela ou fazer um teste rápido, é muito precário. [...] é um em cada 1000 que acaba vindo por esse motivo. Então é raro! É extremamente raro! (10,0 pts)</p>	<p>procuro dá uma atenção maior, repetir se for uma glicemia de jejum, fazer uma nova glicemia pra ver se chega a um diagnóstico de um pré-diabético ou de um diabético o mais precoce possível para iniciar o tratamento. (20,0 pts)</p>	<p>glicemia a dele, aí vemos que a glicose está alta, de imediato a gente já passa para o médico e ele solicita outros exames, com urgência. (20,0 pts)</p>			<p>50,0/3=16,33 pts ≈ 20,0 pts  Sempre (20 pts)</p>
--	--	--	--	---	---	--	--	---

	Solicitação de exames para o diagnóstico precoce do DM nas gestantes	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	De acordo com protocolos estaduais e federais, os casos para DM na gestação passam por exames na vigésima semana, durante a gestação e no puerpério. Mas os atendimentos obstétricos no município são redirecionados unicamente para especialistas, o que dificulta o seu acompanhamento pelos PSF; a solicitação de exames por trimestre é conforme alguns critérios dos especialistas e	Os atendimentos obstétricos no município são realizados pelos especialistas. (0,0 pts)	As gestantes são atendidas no centro de saúde. (0,0 pts)	-	-	0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Nunca (0 pts)
--	--	---	---	--	--	---	---	---

			que não seguem os exames padronizados. Já melhorou bastante, mas ainda ocorre desfalques nas solicitações. O município não tem protocolos para os atendimentos dos enfermeiros, o que restringe muito a complementação o nesse caso. (0,0 pts)					
Tratamento adequado	Orientações sobre MEV por escrito	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	[...] na triagem eles já são orientados a fazer um pré-acolhimento, orientando a respeito da alimentação, dos cuidados, da parte de medicação.	O paciente passa pela avaliação médica, eu início a medicação e já faço as orientações cabíveis, como, mudança no estilo de vida, hábitos de vida e na medida do	A gente já instrui o paciente como precisa ser a alimentação dele, sobre uma atividade física. (0,0 pts)	-	Constatei que a ESF possui um cartão de controle glicêmico e pressórico com as orientações sobre MEV e são entregues as pessoas. No entanto, por	0,0+10,0+0,0 +10,0= 20,0  20,0/4=5 pts  ≈  10,0 pts  Às vezes (10 pts)

			(0,0 pts)	possível entrega o cartão com as orientações. (10,0 pts)			dificuldade de obter cópias, não há a distribuição de forma regular. (10,0 pts)	
	Dispensação com orientação para o uso adequado dos medicamentos para tratamento do DM	Adequada (20 pts: com orientação na maioria dos casos) Parcialmente adequada (10 pts: orientação em parte dos casos) Inadequada (0 pts: sem orientação)	-	-	-	A maneira como toma a medicação! Porque as vezes alguns deles não tem instrução, tipo "Ah mas é dois por dia, eu tomo só um!". A gente lê para ele, fala que são dois por dia, fala que tem que tomar certinho. As maneiras corretas de usar a insulina, a gente sempre passa a orientação que tem que trazer a	Constatei durante a coleta de dados que na dispensação de medicamentos algumas pessoas com DM receberam orientações sobre o modo de usar a medicação, conforme prescrição, acondicionamento e administração da insulina; e a importância da avaliação da glicemia capilar. (10,0 pts)	20,0+10,0=30,0 30,0/2=15,0 pts ≈ 20,0 pts Adequada (20 pts: com orientação na maioria dos casos)

						caixinha, se não trouxer não entrega. A gente orienta como guardar certinho, não colocar na porta da geladeira. (20,0 pts)		
	Prescrições de insulina R com orientação para ajuste de dose conforme HGT	Adequado (20 pts: na maioria dos casos) Parcialmente adequado (10 pts: em parte dos casos) Inadequado (0 pts: dose fixa na grande maioria dos casos)	-	Eu preciso desse controle glicêmico para conseguir ajustar as doses, principalmente da insulina. A gente encontra muitos entraves cognitivos [...]. O ajuste é feito apenas por mim. (0,0 pts)	-	-	-	0,0 pts  Inadequado (0 pts: dose fixa na grande maioria dos casos)
	Frequência da solicitação de exames laboratoriais (GJ e/ou Hb1Ac)	Adequada (20 pts: a cada 6 meses, se compensado) Parcialmente adequada (10 pts: uma vez por ano,	O que observo é que os médicos não solicitam frequentemente para todos os pacientes, e quando solicitam, o	O acompanhamento dos pacientes que estão estáveis fica semestral, dos outros, a gente acaba deixando	A glicemia e a hemoglobina glicada o médico pede a cada seis meses para o paciente, até mesmo porque o paciente que faz	-	-	10,0+20,0+20,0=50,0  50,0/3=16,66 pts  ≈

	<p>para as pessoas com DM</p>	<p>independente se está compensado ou não) Inadequada (0 pts: sem uma periodicidade definida)</p>	<p>município não consegue manter a autorização dos exames nas datas corretas por falta de recurso e excesso de pedidos (todos tipos de exames). Mais uma vez entramos na questão dos protocolos de enfermagem que deixam os enfermeiros de fora dessa ajuda para a população. Poderíamos atender uma parcela dos casos e solicitar, avaliar e orientar os pacientes quantos aos exames e</p>	<p>um pouco mais curto esse intervalo para poder fazer o controle, posso até fazer a prescrição semestral, mas em seguida eu já solicito, o controle de glicemia. Faço frequentemente trimestral. (20,0 pts)</p>	<p>o controle e precisa da dispensação de medicamento da farmacinha de fitinha, agulha, seringa, insulina tem que levar a cada seis meses. Para o paciente que não faz o uso de insulina eu acho que também é a cada seis meses, não sei ao certo, se é habitual, mas acredito que deve ser na mesma média. (20,0 pts)</p>			<p>20,0 pts Adequada (20 pts: a cada 6 meses, se compensado)</p>
--	-------------------------------	---	--	--	--	--	--	--

			transcrever receitas para determinados casos. Mas, ficamos mais nas orientações de dietas, tratamento, posologia e orientações nos exames. (10,0 pts)					
Acompanhamento sistemático	Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM	Sim (20 pts) Parcialmente (10pts) Não (0 pts)	Usamos esses instrumentos para o acompanhamento das pessoas com DM (Apresenta os instrumentos: formato de cartão para o controle mensal da glicemia capilar e da pressão arterial, com orientações a respeito do controle do peso,	Utilizo esse impresso (caderneta) de controle pressórico e glicêmico, e explico para o paciente quais serão os horários para aferir e marcar, solicito o controle correto por 30 dias. (20,0 pts)	Eu ou o enfermeiro quando vemos que está com a glicemia aumentada, a gente dá um cartãozinho pra eles e pedimos para fazerem [Glicemia Capilar] em jejum por 15 dias. (20,0 pts)	-	Verificou-se a presença de um instrumento no formato de cartão para o controle mensal da glicemia capilar e da pressão arterial, com orientações a respeito do controle do peso, alimentação saudável, prática de atividade física, uso de	20,0+20,0+20,0+20,0=80,0  80,0/4= 20 pts  Sim (20 pts)

			alimentação saudável, prática de atividade física, uso de medicamentos e atenção para os sinais e sintomas de DM. E um impresso, com figuras ilustrativas de cada período do dia para anotação dos valores da glicemia e pressão). (20,0 pts)				medicamentos e atenção para os sinais e sintomas de DM. E também, há um impresso, com figuras ilustrativas de cada período do dia para anotação dos valores da glicemia e pressão. (20,0 pts)	
	Busca ativa das pessoas faltosas com DM	Sempre (20 pts) Às vezes (10 pts) Nunca (0 pts)	Muitos dos pacientes não falam para as ACS que são diabéticos, ou fazem acompanhamentos com outros médicos ou até mesmo com médicos que	A gente tem um índice de adesão baixo, a população acaba ignorando a patologia. Então, o paciente acaba deixando aquele exame em casa, e fala: “depois eu vou, depois eu	Assim que o paciente sai do consultório, o doutor já pede para passar aqui na triagem, o paciente é muito orientado, dificilmente ele não vem para o controle da	-	-	10,0+10,0+10,0= 30  30/3= 10 pts  ≈  10,0 pts  Às vezes (10 pts)

<p>não transcrevem nos prontuários de maneira completa, isso dificulta saber quem são realmente os pacientes diabéticos. Os casos mais severos que acabam sendo mais recorrentes pela equipe, ficamos de olho e cada profissional tenta fazer a sua parte como busca e orientações das ACS, técnico e enfermeiro. Quando necessário, acionamos o médico também. (10,0 pts)</p>	<p>vou...”, não traz, ou traz exame parcial. A abertura que a gente tem com as agentes, possibilita elas agendarem consultas para aqueles que precisam de mais atenção, sempre que acharem necessário. Em diálogo contínuo com os ACS, avaliamos e buscamos os pacientes para tentativa de adesão e controle glicêmico. (10,0 pts)</p>	<p>glicemia, muito difícil. Os que eu conheço e não vem, eu peço para as ACS estarem passando e conversando, ou para o enfermeiro também, e ele pede para ir atrás. Os que realmente afastam ou não vem para o controle da glicemia, na próxima consulta ele aparece, muito difícil ele não vir. (10,0 pts)</p>
--	--	---

	<p>AMGC entre as pessoas que fazem uso de insulina</p>	<p>Adequada (20 pts: maioria sabe interpretar os resultados do HGT) Inadequada (0 pts: maioria não sabe interpretar os resultados do HGT)</p>	<p>Temos uma área com condições sociais precárias e vários não sabem ler e quando sabem, não entende como interpretar. Tem casos que ensinamos durante semanas, mas no final observamos que não entendem nada. Já trocamos de profissional para verificar se o problema é a didática, mas acontece a mesma coisa. A compreensão das pessoas é baixa. (0,0 pts)</p>	<p>O controle de glicemia eu peço para o paciente usuário de insulina, de três à cinco dias. A gente encontra muitos entraves cognitivos [...]. (0,0 pts)</p>	<p>A gente vê que esse paciente é um pouco rebelde ou que não consegue fazer esse controle sozinho, mesmo tentando fazer, ele não consegue. (0,0 pts)</p>	-	-	<p>0,0+0,0+0,0=0,0  0,0 pts  Inadequada (0 pts: maioria não sabe interpretar os resultados do HGT)</p>
--	--	---	--	---	---	---	---	--

Atividades de educação em saúde	Atividades periódicas voltadas à prevenção primária do DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)	[...] não acontece a prevenção primária. (0 pts)	Sempre que eu pego o paciente já com histórico familiar, com sobrepeso, sedentário, eu já procuro orientar, mas sempre é muito entrave das questões cognitivas. (20,0 pts)	Eu sempre oriento meus pacientes dentro da unidade. As agentes também orientam muito, na medida que elas sabem. Sempre oriento sobre a alimentação, ainda mais quando vejo que é obeso, sobre atividade física, importância de tomar bastante líquido, basicamente isso. (20,0 pts)	-	-	0,0+20,0+20,0=40,0  40,0/3=13,33 pts  ≈  20,0 pts  Sim (20 pts)
	Atividades periódicas voltadas ao controle do DM	Sim (20 pts) Não (0 pts)	[...] na triagem eles já são orientados a fazer um pré-acolhimento, orientando a respeito da alimentação,	No caso do paciente diabético, orientações sobre o hábito de vida, alimentação saudável, atividade física,	Durante esse controle, a gente já instrui o paciente, como precisa ser a alimentação dele, sobre uma atividade física,	-	-	20,0+20,0+20,0=60,0  60,0/3=20,0 pts  Sim (20 pts)

dos cuidados, da parte de medicação. (20,0 pts)

uso correto de medicação e consultas frequentes. Em pacientes que eu iniciei a insulino-terapia, eu deixo livre pra ele vir ao PSF a qualquer momento. No início eu peço pra ele vir a cada três dias, a cada cinco dias, sete dias, pra eu ir acompanhando o controle e fazendo ajustes dessa insulina. Controle de glicemia eu peço em torno de 10 dias no paciente não usuário de insulina e o paciente usuário de insulina, de três a cinco dias. (20,0 pts)

a gente já começa a fazer as instruções, explica os malefícios da farinha branca, de ficar comendo muito pão, bolo, sobre o almoço, a janta, a necessidade de estar comendo verduras e legumes. (20,0 pts)

Prevenção das complicações associadas ao DM	Avaliação sistemática do pé diabético nas pessoas com DM	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)	Quando é necessário, na visita domiciliar, eu faço a consulta de enfermagem, avaliação dos pés e realizo o curativo. (10,0 pts)	Na consulta eu realizei a inspeção dos pés [...]. (10,0 pts)	Se o paciente tem uma lesão ou se ele aparece com alguma lesão, a gente já passa em consulta com o médico, eu já levo para a sala de curativo, o médico vai lá avaliar, e vê qual o tratamento que vai ser feito, e a gente costuma cuidar do paciente com a lesão, aqui na unidade! (10,0 pts)	-	-	10,0+10,0+10,0= 30,0  30,0/3=10,0 pts  Parcialmente (10 pts)
	Avaliação sistemática da cavidade bucal nas pessoas com DM	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)	Não realizo de forma sistemática a avaliação da cavidade bucal dos pacientes. (0,0 pts)	Realizo na consulta o exame da cavidade oral. (20,0 pts)	Eu nunca fiz! Nunca vi os outros profissionais fazendo, não tenho como falar se eles fazem ou não. (0,0 pts)	-	-	0,0+20,0+0,0=20,0  20,0/3=6,66 pts  ≈  10,0 pts

								Parcialmente (10 pts)
	Encaminhamento periódico das pessoas com DM para avaliação de fundo de olho	Sim (20 pts) Parcialmente (10 pts) Não (0 pts)	[...] por não ter um protocolo, dificulta a atuação. [...] por mais que você tente fazer alguma coisa, em algum setor você vai ser barrado. Se você pede um exame, eles não vão autorizar [...]. (0,0 pts)	Faço o encaminhamento para oftalmologista devido às possíveis complicações do DM, ele tem que cuidar ainda mais da visão. (20,0 pts)	Eu nunca encaminhei! Os pacientes com diabetes queixam de dificuldade na visão, vários queixam que estão com dificuldade de enxergar, visão escura. Não sei se o médico da unidade encaminha para essa avaliação de fundo do olho. (0,0 pts)	-	-	0,0+20,0+0,0 =20,0  20,0/3=6,66 pts  ≈  10,0 pts  Parcialmente (10 pts)

Fonte: da autora.

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidad(o)a a participar, como voluntária da pesquisa O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO: ANÁLISE DAS AÇÕES e no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO: ANÁLISE DAS AÇÕES

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava e Profa. Dra. Roberta Seron Sanches

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 700, Centro, CEP - 37130-000

**TELEFONE:** (35) 37019470

**PESQUISADORA PARTICIPANTE:** Munyra Rocha Silva Assunção

**OBJETIVO DA PESQUISA:** Analisar as ações desenvolvidas para o cuidado no controle do Diabetes Mellitus realizadas pela Atenção Básica de um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

**JUSTIFICATIVA:** A realização do estudo nos permite analisar como as ações para o controle do Diabetes mellitus tem sido realizadas no município e apontará os pontos positivos e negativos que contribuirá para que se necessário, a reorganização dos serviços e do trabalho para o melhor controle do Diabetes Mellitus.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** A coleta de dados dar-se-á por meio da observação da rotina dos serviços de saúde de uma unidade de saúde, de uma Estratégia de Saúde da Família e da Farmácia Municipal pela pesquisadora durante cinco dias consecutivos. Será realizada entrevista semiestruturada que abordará a formação e trajetória profissional; como é realizada a atenção às pessoas com Diabetes mellitus pela equipe na Unidade de Saúde, as facilidades e dificuldades existentes no cuidado às pessoas com Diabetes mellitus na Atenção Básica, a partir das respostas obtidas serão introduzidos os temas de interesse: cobertura dos profissionais de saúde na AB, qualificação para atuar na atenção às pessoas com DM, infraestrutura da UBS, integração da rede de atenção, monitoramento e avaliação, organização do cuidado; diagnóstico, tratamento e acompanhamento, prevenção do DM e suas complicações; satisfação com o processo de trabalho e valorização profissional, solicitando-se que os entrevistados discorram sobre os mesmos (profissionais de saúde). A entrevista com os gestores abordará: qual a política do município em relação à atenção às pessoas com

Diabetes mellitus; como você avalia a assistência realizada hoje no município para as pessoas com Diabetes mellitus, a partir das respostas obtidas serão introduzidos os temas de interesse: cobertura dos profissionais de saúde na AB, qualificação dos profissionais para atuar na atenção às pessoas com DM, infraestrutura da UBS, integração da rede de atenção, monitoramento e avaliação, solicitando-se que os entrevistados discorram sobre os mesmos. Conforme Resolução CNS 510/2016, será consultado, de maneira explícita, a autorização para gravação de voz/áudio dos participantes.

**PROCEDIMENTO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:** Essa etapa da coleta de dados será realizada pela pesquisadora que acompanhará as atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde, seguindo um roteiro para observação direta, durante cinco dias consecutivos, totalizando 30 horas de observação direta, após agendamento prévio na ESF e na Farmácia Municipal. Serão verificados os aspectos estruturais, organizacionais e operacionais do trabalho; como também as atividades realizadas pelas equipes, incluindo: acolhimento das pessoas que procuram a ESF e a farmácia; agendamento/marcação de consultas; dispensação de medicamentos; reunião de equipe; atividades coletivas de educação em saúde e atividades de educação permanente. O registro das impressões e observações obtidas durante as visitas será registrado em diário de campo.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Existe a possibilidade de desconforto e risco mínimos para você que se submeterá a coleta de dados. Isto porque, por mais que o objetivo das perguntas não seja de causar constrangimento, você pode se sentir desconfortável ao falar de sua rotina de trabalho, de sua experiência ou apresentar pontos negativos do próprio serviço, ou lembranças negativas desse momento. As entrevistas serão suspensas ou canceladas, assim que detectar constrangimentos ou desconfortos de um participante em particular. Dessa forma, caso ocorra qualquer desconforto, a pesquisadora poderá lhe fornecer o apoio necessário.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Caso você não se sinta bem pelo possível desconforto mencionado ou por outros motivos relacionados ao estudo, esclarecemos que as pesquisadoras estarão à disposição para oferecer o aporte emocional necessário.

**BENEFÍCIOS:** Como benefícios, você terá a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema para a saúde, que é a avaliação das ações para o melhor controle do Diabetes mellitus, bem como de participar da construção de um conhecimento que poderá ajudar nas ações dos serviços de saúde e sensibilizar as pessoas com Diabetes mellitus para o controle da doença.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA A PARTICIPANTE:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não estará disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o projeto não prevê forma alguma de compensação, inexistindo qualquer tipo de seguro.

**ESCLARECIMENTO/LIBERDADE DE RECUSA E CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você será livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar

não irá resultar em nenhuma penalidade. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Todas as informações fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e os últimos serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a sua identificação. Uma via deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora responsável na Escola de Enfermagem, da UNIFAL-MG e outra será fornecida a você.

---

---

Munyra Rocha Silva Assunção- Acadêmica Pesquisadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Maria Leite Coelho Fava- Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Seron Sanches- Coorientadora

#### Declaração do Participante

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que li as informações contidas nesse documento. Fui devidamente informado pelos pesquisadores Munyra Rocha Silva Assunção, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Maria Leite Coelho Fava e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Seron Sanches dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento. Poderei consultar a pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Maria Leite Coelho Fava e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Seron Sanches, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

---

Nome, Assinatura da participante e Data

## ANEXOS

### ANEXO A - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

#### **Roteiro de entrevistas com os profissionais das equipes de referência da AB**

Perguntas iniciais:

- Fale-me um pouco sobre sua formação e trajetória profissional até chegar aqui.
- Como é realizada a atenção às pessoas com DM aqui na Unidade de Saúde e, mais especificamente, na sua equipe? Quais as maiores facilidades e dificuldades existentes no cuidado das pessoas com DM na AB?

A partir das respostas obtidas serão introduzidos os temas de interesse, solicitando-se que os entrevistados discorressem abertamente sobre os mesmos.

- Cobertura dos profissionais de saúde na AB (eqSF e profissionais de apoio);
- Qualificação para atuar na atenção às pessoas com DM;
- Infraestrutura da UBS (acessibilidade e a estrutura física da UBS, os materiais e equipamentos disponíveis e os medicamentos e insumos para o tratamento do DM fornecidos aos usuários);
- Integração da rede de atenção (uso de protocolos, a regulação do acesso aos serviços especializados e a adequação da oferta aos serviços especializados);
- Monitoramento e avaliação (atualização dos SIAB, indicadores de monitoramento das ações para o controle do DM);
- Organização do cuidado (apropriação do território, organização das agendas, atuação interdisciplinar);
- Diagnóstico, tratamento e acompanhamento (diagnóstico precoce, tratamento do DM; acompanhamento e monitoramento);
- Prevenção do DM e suas complicações (atividade de educação em saúde; prevenção do DM; prevenção das complicações associadas ao DM);
- Satisfação com o processo de trabalho e valorização profissional.

#### **Roteiro de entrevistas para os gestores que atuam na AB**

Perguntas iniciais:

- Fale-me um pouco da sua formação e trajetória profissional até chegar aqui.
- Qual a política do município em relação à atenção às pessoas com DM? Como você avalia a assistência realizada hoje no município para as pessoas com DM?

A partir das respostas obtidas serão introduzidos os temas de interesse, solicitando-se que os entrevistados discorressem abertamente sobre os mesmos.

- Cobertura dos profissionais de saúde na AB (eqSF e profissionais de apoio);
- Qualificação dos profissionais para atuar na atenção às pessoas com DM;
- Infraestrutura da UBS (acessibilidade e a estrutura física da UBS, os materiais e equipamentos disponíveis e os medicamentos e insumos para o tratamento do DM fornecidos aos usuários);

- Integração da rede de atenção (uso de protocolos, a regulação do acesso aos serviços especializados e a adequação da oferta aos serviços especializados);
- Monitoramento e avaliação (atualização dos SIAB, indicadores de monitoramento das ações para o controle do DM);

BORGES, 2017

## ANEXO B - Roteiro de Observação Participante

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA ESF E FARMÁCIA MUNICIPAL

Unidade Básica de Saúde:

Nº de equipes de SF na UBS:

Ano em que foi construída ou última reforma:

#### GESTÃO DE PESSOAS

##### Composição da equipe da atenção básica

- Médico
- Enfermeiro
- ACS
- Técnico / Auxiliar de enfermagem
- Dentista
- Técnico em consultório odontológico
- Outros: \_\_\_\_\_

Nº de microáreas na área de abrangência da eqAB: \_\_\_\_\_

Nº de ACS: \_\_\_\_\_

##### Profissionais de apoio às equipes da atenção básica

- Educador físico
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Outros: \_\_\_\_\_

#### INFRAESTRUTURA DA UBS

##### Checklist — “Unidades de Saúde com acessibilidade aos usuários”

- Boa localização da UBS na área de abrangência;
- Facilidade de transporte público para chegar à UBS;
- Entorno em condições adequadas ao acesso (ruas calçadas, local plano, calçadas);
- UBS com rampa e corrimão de acesso para portadores de deficiência física e idosos.

##### Checklist — “Unidades de Saúde com estrutura física adequada para atendimento às pessoas com DM”

- UBS com pelo menos: 01 consultório médico e 01 de enfermagem por eqAB;
- 01 farmácia;
- 01 sala para reuniões e atividades coletivas;
- 01 sala de procedimentos;
- 01 sala para atividades administrativa.

##### Checklist — “Materiais e equipamentos essenciais para ações voltadas ao controle do DM”

- ( ) Esfigmomanômetro adulto;
- ( ) Esfigmomanômetro obeso;
- ( ) Estetoscópio biauricular;
- ( ) Balança até 150 Kg;
- ( ) Régua antropométrica;
- ( ) Fita métrica;
- ( ) Monofilamento de nylon;
- ( ) Diapasão.

**Checklist: — “Fornecimento regular dos medicamentos para tratamento do DM”**

- ( ) Glibenclamida 5 mg (comprimido);
- ( ) Cloridrato de metformina 500 mg ou de 850 mg (comprimido);
- ( ) Insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL;
- ( ) Insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

**Checklist: — “Fornecimento regular dos insumos para aplicação de insulina e para o AMGC”**

- ( ) Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- ( ) Glicosímetro;
- ( ) Tiras reagentes para verificação de glicemia capilar;
- ( ) Lancetas para punção digital.

### **INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO**

- ( ) Protocolo e diretrizes voltados à atenção às pessoas com DM;
- ( ) Protocolo com os fluxos de acesso entre os diferentes pontos de atenção da rede assistencial.

### **ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO**

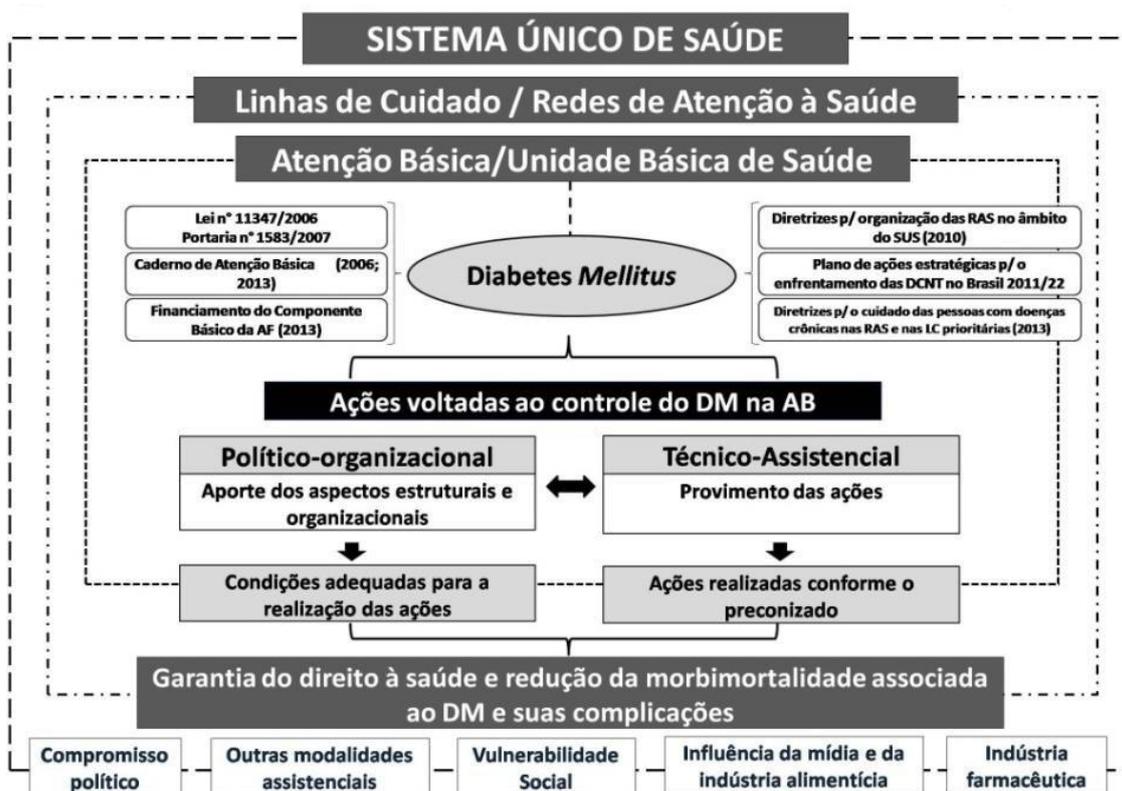
- ( ) Mapeamento dos marcadores da AB atualizado, incluindo as pessoas com DM;
- ( ) Priorização do atendimento às pessoas com DM;
- ( ) Garantia das consultas para o acompanhamento periódico das pessoas com DM;
- ( ) Atendimento de urgências às pessoas com DM em caso de intercorrências;
- ( ) Participação do ACS nas reuniões de equipe periodicamente;
- ( ) Discussão dos casos entre a eqAB e os profissionais de apoio;
- ( ) Interlocação entre diferentes profissionais na organização/realização das atividades educativas.

### **DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO**

- ( ) Orientações sobre modificação do estilo de vida (MEV) por escrito;
- ( ) Dispensação com orientação para o uso adequado dos medicamentos para o tratamento das pessoas com DM;
- ( ) Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM.

## ANEXO C - Modelo Avaliativo Completo, Validado e Autorizado

### Modelo Teórico das ações voltadas ao controle do DM na AB



## Modelo Lógico das ações voltadas ao controle do DM na AB



Fonte: Elaborado pela própria autora.

**Matriz de análise e julgamento das ações voltadas ao controle do DM na AB, contendo as dimensões e subdimensões, com suas respectivas justificativas, os indicadores, as medidas, os parâmetros e as fontes de evidência**

<b>Dimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Político-Organizacional</b>	Aspectos administrativos e organizacionais são essenciais para uma efetiva atuação no controle do DM. Profissionais motivados, capacitados e em número compatível à demanda, espaço físico adequado, oferta de medicamentos, insumos, serviços de apoio, diagnóstico e tratamento são alguns dos itens necessários e de responsabilidade da gestão municipal da saúde. Os gestores devem realizar também o monitoramento e a avaliação sistemática das ações ofertadas e para o alcance dos resultados esperados e metas estabelecidas.
<b>Subdimensão</b>	
I. Gestão de Pessoas	
II. Infraestrutura	
III. Integração da rede de atenção à saúde	
IV. Monitoramento e Avaliação	

<b>Subdimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>I. Gestão de pessoas</b>	A ampliação das políticas públicas e a municipalização da atenção à saúde levaram à necessidade de um incremento no número de profissionais com perfil específico para atuação nos serviços de saúde pública. Para que a atenção às pessoas com DM possa ser resolutiva, é fundamental o acompanhamento longitudinal. Este deve ser realizado por equipes multiprofissionais, em quantidade suficiente para atender à demanda, devidamente qualificadas e motivadas para o alcance dos resultados esperados.
<b>Indicador</b>	
Ia. Cobertura dos profissionais da Atenção Básica	
Ib. Permanência dos profissionais	
Ic. Qualificação dos profissionais	

<b>Indicador Ia</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Cobertura dos profissionais da AB</b>	Para que a atenção à saúde seja realizada de forma adequada, a gestão deve manter minimamente a relação entre o número de profissionais de saúde da AB e o número de habitantes do território, de acordo com as recomendações do MS. Com uma cobertura adequada, os profissionais de saúde podem organizar melhor seu processo de trabalho para atender às necessidades de saúde da população. Isso é fundamental para que as ações voltadas ao controle do DM sejam resolutivas. Além disso, na atenção às pessoas com DM, é essencial o apoio de outros profissionais de saúde além dos profissionais da eqAB, como nutricionista, educador físico e farmacêutico, para que se possa ampliar a abrangência e o escopo das ações realizadas.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Nº de pessoas residentes na área de abrangência da eqAB.	Entre 2500 e 3500 pessoas sem área de interesse social (10 pts); Entre 2500 e 3500 pessoas com área de interesse social (5 pts); Mais de 3500 pessoas (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção da eqAB sobre o nº de pessoas residentes na área de abrangência.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Apoio de educador físico, nutricionista, e farmacêutico às eqAB.	Dos 3 profissionais (10 pts); De 2 profissionais (5 pts); De 1 ou nenhum (0 pts).
<i>Medida 4</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção sobre a carga horária dos profissionais de apoio disponibilizada às eqAB.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).

<b>Indicador Ib</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Permanência dos profissionais</b>	A permanência dos profissionais na UBS é um fator importante para o processo do cuidado. A elevada rotatividade de profissionais de saúde prejudica o funcionamento do serviço e dificulta a formação do vínculo. Por ser uma doença de progressão lenta, o diabetes exige que o cuidado seja longitudinal. Para a fixação dos profissionais de saúde nas UBS, cabe à gestão equilibrar as necessidades e expectativas dos profissionais de saúde com as do serviço.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Tempo de permanência do médico na eqAB.	Bom: 2 anos ou mais (20 pts); Regular: de 1 a 2 anos (10 pts); Ruim: < de 1 ano (5 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção da eqAB quanto à valorização profissional.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).

<b>Indicador Ic</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Qualificação dos profissionais</b>	Para a boa gestão da clínica, necessária à atenção às pessoas com DM, os profissionais de saúde devem estar devidamente qualificados. Compete ao gestor assegurar a qualificação e a atualização dos profissionais da AB sobre as atribuições mínimas de cada membro da equipe, os fluxos de acesso da rede municipal e os cuidados necessários ao controle do DM ou das DCNT, com regularidade.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Capacitação sobre a organização / funcionamento da rede municipal periodicamente.	Sim (10 pts); Não (0 pts) A gestão oferta regularmente capacitações sobre a organização/funcionamento da rede municipal, considerando as atribuições mínimas de cada profissional, a organização e o funcionamento da rede e os fluxos de acesso aos diferentes níveis de atenção, principalmente aos profissionais novos.
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Atualização sobre DCNT ou DM	Sim (10 pts); Não (0 pts) A gestão ofertou ou possibilitou a realização de cursos/atualizações sobre o cuidado às pessoas com DM ou DCNT aos profissionais das eqAB.

<b>Subdimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>II. Infraestrutura das UBS</b>	As UBS desempenham um papel central na garantia da atenção à saúde da população. Sendo o diabetes uma das condições crônicas mais prevalentes da atualidade, é importante garantir uma infraestrutura adequada à atenção às pessoas com DM nas UBS. O gestor deve disponibilizar estrutura física, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos em quantidade suficiente ao atendimento da demanda local e de acordo com as necessidades de saúde da população.
<b>Indicador</b>	
IIa. Estrutura física da UBS	
IIb. Materiais e equipamentos	
IIc. Medicamentos e insumos	

Indicador IIa	Justificativa
<b>Estrutura física da UBS</b>	As UBS devem possuir estrutura física que permita o acesso facilitado e instalações adequadas para a realização das ações de saúde para toda a população. A gestão deve garantir estrutura física adequada ao bom funcionamento das UBS, tanto para quem executa quanto para quem recebe a assistência. Como o DM tipo II acomete principalmente pessoas de mais idade, consideram-se os aspectos referentes à estrutura física das UBS importantes para a realização da atenção às pessoas com DM.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
% de itens contemplados no <i>checklist</i> "UBS com acessibilidade aos usuários".	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts). <i>Checklist:</i> boa localização da UBS na área de abrangência, facilidade de transporte público para chegar à UBS; entorno em condições adequadas ao acesso (ruas calçadas, local plano, calçadas), UBS com rampa e corrimão de acesso para portadores de deficiência física e idosos.
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção quanto a acessibilidade dos usuários à UBS.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
% de itens contemplados no <i>checklist</i> "UBS com estrutura física adequada"	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts). <i>Checklist:</i> UBS com pelo menos: 01 consultório médico e 01 consultório de enfermagem por eqAB; 01 farmácia, 01 sala para reuniões e atividades coletivas, 01 sala de procedimentos, 01 sala para atividades administrativas.
<i>Medida 4</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção da eqAB quanto à adequação da estrutura física da UBS.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).

Indicador IIb	Justificativa
<b>Materiais e equipamentos</b>	Para que a atenção ao DM seja realizada adequadamente são necessárias condições materiais e aporte tecnológico específicos para a organização do processo de trabalho e para a efetivação do cuidado. O gestor deve garantir o suprimento e/ou manutenção regular dos materiais e equipamentos necessários à execução do conjunto das ações voltadas ao controle do DM no âmbito da atenção básica, a fim de garantir a disponibilidade e as condições para o bom funcionamento das mesmas.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
% de itens contemplados no <i>checklist</i> "Materiais e equipamentos para as ações voltadas ao controle do DM".	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts). <i>Checklist:</i> Esfigmomanômetro adulto; Esfigmomanômetro obeso; Estetoscópio biauricular; Balança até 150 Kg; Régua antropométrica; Fita métrica; Monofilamento de nylon; Diapasão.
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção da eqAB quanto aos materiais e equipamentos disponíveis para as ações voltadas ao controle do DM na UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Manutenção periódica dos materiais e equipamentos na UBS.	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)

<b>Indicador IIc</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Medicamentos e insumos</b>	O fornecimento nas UBS do elenco de medicamentos essenciais para o tratamento do DM e dos insumos necessários à aplicação de insulina e ao monitoramento da glicemia capilar é considerado fundamental para o alcance dos resultados terapêuticos. Cabe ao gestor assegurar o provimento desse elenco na quantidade necessária para atender a demanda e garantir a continuidade do cuidado.
<b>Medida 1</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
% de itens contemplados no <i>checklist</i> : "Fornecimento dos medicamentos para tratamento do DM".	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts). <i>Checklist</i> : glibenclamida 5 mg (comprimido); cloridrato de metformina 500 mg ou de 850 mg (comprimido); insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL, sem interrupção nos últimos 12 meses.
<b>Medida 2</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
% de itens contemplados no <i>checklist</i> : "Fornecimento dos insumos para aplicação de insulina e para o AMGC".	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts). <i>Checklist</i> : Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina, glicosímetro, tiras reagentes para verificação de glicemia capilar e lancetas para punção digital, sem interrupção nos últimos 12 meses.
<b>Medida 3</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
Percepção quanto ao fornecimento dos medicamentos e insumos fornecidos para tratamento do DM	Adequada e convergente (7,5 pts); Parcialmente convergente (3 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).
<b>Medida 4</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
Estratégias para garantir o fornecimento de medicamentos e insumos no caso de faltas.	Sim (7,5 pts); Parcial (3 pts); Não (0 pts)

<b>Subdimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>III. Integração da rede de atenção</b>	A maioria das pessoas com DM pode e deve ser acompanhada pelas eqAB. Os casos que extrapolam o limite de atuação da AB devem ser encaminhados para outros níveis de atenção. Compete ao gestor garantir instrumentos que possibilitem a gestão da clínica e o acesso aos serviços especializados necessários para a coordenação e a integralidade do cuidado.
<b>Indicador</b>	
	IIIa. Normatização da atenção
	IIIb. Regulação do acesso aos serviços especializados
	IIIc. Adequação da oferta aos serviços especializados

Indicador IIIa	Justificativa
<b>Normatização da atenção</b>	A normatização da atenção às pessoas com DM é fundamental para que a atenção prestada no âmbito da AB seja efetiva e para garantir a coordenação do cuidado. Nesse sentido, compete ao gestor implantar protocolos e diretrizes terapêuticas e definir fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial, em serviços próprios do SUS ou conveniados, voltados à atenção às pessoas com DM.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Uso de Protocolo e diretrizes voltados à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro).	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Uso de Protocolo com os fluxos de acesso entre os diferentes pontos de atenção da rede assistencial (médico e enfermeiro).	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)

Indicador IIIb	Justificativa
<b>Regulação do acesso aos serviços especializados.</b>	A ação regulatória pode ser definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, procedimentos/exames e internações, observando-se, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos (VILARINS, 2010). O gestor deve fazer uso de tecnologias orientadas a otimizar o acesso aos serviços especializados, através de critérios de ordenamento por necessidades e riscos, a fim de normalizar o uso dos serviços onde existe desequilíbrio entre a oferta e a demanda.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados.	Sim (10 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados.	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)

Indicador IIIc	Justificativa
<b>Adequação da oferta aos serviços especializados</b>	Para a garantia da integralidade da atenção às pessoas com DM a gestão deve viabilizar a adequação da oferta aos serviços especializados. Cabe ao gestor garantir o provimento dos exames laboratoriais e das consultas com especialistas focais de acordo com as necessidades de saúde das pessoas com DM.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção sobre tempo de espera para realização dos exames laboratoriais	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts), Inadequada (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção sobre o tempo de espera para consulta com endocrinologista.	Adequada (5 pts), Parcialmente adequada (3 pts), Inadequada (0 pts)
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção sobre o tempo de espera para consulta com oftalmologista.	Adequada (5 pts), Parcialmente adequada (3 pts), Inadequada (0 pts)

Subdimensão	
<b>IV. Monitoramento e Avaliação</b>	O monitoramento e avaliação da atenção ao DM tem como objetivo dar suporte aos processos decisórios e subsidiar a identificação de problemas para auxiliar na reorientação das ações desenvolvidas no âmbito da AB. Compete ao gestor assegurar o registro das informações adequadamente, promover ações para qualificar a informação dos SI da AB e definir os indicadores para o monitoramento das ações voltadas ao controle do DM realizadas pelas eqAB e para poder avaliar se os resultados esperados e as metas estabelecidas estão sendo alcançados.
Indicador	
IVa. Disponibilidade da informação	
IVb. Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM	

Indicador IVa	Justificativa
<b>Disponibilidade da informação</b>	Para o planejamento e organização da atenção ao DM, é necessário conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da comunidade. A avaliação da situação de saúde da população e dos resultados das intervenções realizadas decorre, em grande parte, do monitoramento das atividades realizadas no cotidiano dos serviços. Compete ao gestor assegurar o preenchimento dos dados nos SI específicos, assim como a consistência dos mesmos.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Atualização sistemática do SI para cadastramento das pessoas/famílias.	Sim (30 pts); Parcial (15 pts); Não (0 pts)

Indicador IVb	Justificativa
<b>Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM</b>	O uso de indicadores, enquanto medida-síntese, possibilita o acompanhamento da atenção ao DM desenvolvida no âmbito da AB. Cabe ao gestor selecionar esses indicadores de modo a garantir o monitoramento e a avaliação das ações voltadas ao DM desenvolvidas na rede municipal de saúde.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Indicadores de monitoramento das ações voltadas ao controle do DM na rede municipal.	Sim (15 pts); Parcial (7 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Planejamento e organização das ações voltadas ao controle do DM com base na avaliação dos indicadores selecionados.	Sim (15 pts); Parcial (7 pts); Não (0 pts)

<b>Dimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Técnico-assistencial</b>	Esta dimensão está diretamente relacionada com o provimento das ações voltadas para o controle do DM nas UBS pelas eqAB. Para que essas ações sejam resolutivas, é importante que os profissionais organizem seu processo de trabalho de modo a facilitar o acesso e garantir o cuidado às pessoas com DM. A abordagem terapêutica e o acompanhamento prestados são fundamentais para a redução da morbimortalidade associada ao DM e suas complicações.
<b>Subdimensão</b>	
V. Organização do cuidado	
VI. Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento	
VII. Prevenção do DM e suas complicações	

<b>Subdimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<b>V. Organização do cuidado</b>	A organização da atenção deve levar em conta a definição do território de atuação e as características da população sob sua responsabilidade na programação e implementação das ações de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população. As equipes de referência da AB e os profissionais de apoio devem atuar interdisciplinarmente no planejamento e execução das ações, na perspectiva da integralidade do cuidado. Esses aspectos são fundamentais para que as ações voltadas ao controle do DM sejam efetivas.
<b>Indicador</b>	
Va. Apropriação do território	
Vb. Organização da agenda	
Vc. Atuação interdisciplinar	

<b>Indicador Va</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Apropriação do território</b>	As eqAB devem se apropriar do território sob sua responsabilidade. Para a o desenvolvimento de atividades para o controle do DM, além de conhecer as necessidades e os recursos locais da comunidade, as eqAB devem manter o cadastro da população de sua área de abrangência atualizado e fazer uso de instrumentos que possibilitem a identificação das pessoas com DM e dos aspectos relacionados à doença para a organização do cuidado.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
% de microáreas cobertas pelos ACS	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 20 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Percepção sobre a atuação dos ACS na apropriação do território.	Adequada e convergente (20 pts); Parcialmente convergente (10 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)

<b>Indicador Vb</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Organização da agenda</b>	A configuração da agenda dos profissionais de saúde que atuam na AB deve garantir o acesso às pessoas com DM para tratamento e acompanhamento, e atendimento às intercorrências, de modo a promover o vínculo e possibilitar a continuidade e longitudinalidade do cuidado.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Priorização no atendimento às pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Garantia de consultas de acompanhamento das pessoas com DM.	Sim (20 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Atendimento de urgências às pessoas com DM em caso de intercorrências.	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)

Indicador Vc	Justificativa
<b>Atuação interdisciplinar</b>	Para que a atenção às pessoas com DM seja de qualidade, os profissionais de saúde da AB devem trabalhar em equipe de forma multiprofissional e interdisciplinar. A organização e o desenvolvimento do cuidado deve favorecer a interlocução de conhecimentos e experiências de modo a ajudar na resolução das situações vivenciadas no cotidiano das UBS.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Participação dos ACS nas reuniões de equipe	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Discussão dos casos entre a eqAB e os profissionais de apoio.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Interlocução entre diferentes profissionais na organização das atividades educativas.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)

Subdimensão	Justificativa
<b>VI. Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento</b>	As eqAB devem estar atentas à detecção precoce tanto dos casos de DM quanto dos casos de pré-diabetes na população adscrita ao território. Em ambas as situações, a base do tratamento do DM consiste na adoção de hábitos de vida mais saudáveis, acrescida ou não de tratamento farmacológico, e na implementação de um plano de acompanhamento periódico para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações.
<b>Indicador</b>	
VIa. Diagnóstico precoce do DM	
VIb. Tratamento adequado das pessoas com DM	
VIc. Acompanhamento sistemático	

Indicador VI a	Justificativa
<b>Diagnóstico precoce do DM</b>	O DM pode permanecer assintomático por longo período e sua detecção clínica é frequentemente feita não pelos sintomas, mas pelos fatores de risco. As eqAB devem adotar uma postura pró-ativa frente à identificação dos fatores de risco e a detecção precoce do DM na comunidade.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Busca dos fatores de risco para desenvolvimento do DM nos atendimentos dos médicos e dos enfermeiros.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Solicitação de exames para diagnóstico precoce do DM nas pessoas com 45 anos ou mais e/ou para aquelas com IMC > 25, associados à pelo menos mais um fator de risco.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Solicitação de exames laboratoriais para diagnóstico do DM nas gestantes.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)

<b>IndicadorVib</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Tratamento adequado das pessoas com DM</b>	A base do tratamento do DM tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, acrescida ou não do tratamento farmacológico, e tem como objetivo o controle glicêmico, a prevenção das complicações associadas à doença e o controle dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As eqAB devem empenhar-se em garantir o tratamento adequado às pessoas com DM, levando em consideração as necessidades e o grau de risco de cada pessoa.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Orientações sobre modificação do estilo de vida (MEV) por escrito.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Dispensação com orientação para o uso adequado dos medicamentos para o tratamento das pessoas com DM.	Adequada (20 pts: com orientação na maioria dos casos); Parcialmente adequada (10 pts: orientação em parte dos casos); Inadequada (0 pts: sem orientação).
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Prescrições de insulina R com orientação para ajuste de dose conforme HGT.	Adequado (20 pts: na maioria dos casos); Parcialmente adequado (10 pts: em parte dos casos); Inadequado (0 pts: dose fixa na grande maioria dos casos).
<i>Medida 4</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Frequência da solicitação dos exames (GJ e/ou Hb1Ac) para as pessoas com DM	Adequada (20 pts: a cada 6 meses, se compensado); Parcialmente adequada (10 pts: uma vez por ano, independente se está compensado ou não); Inadequada (sem uma periodicidade definida).

<b>IndicadorVic</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Acompanhamento sistemático</b>	Depois de definido o tratamento das pessoas com DM, é importante que a pessoa mantenha o acompanhamento regular para que a eqAB possa avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com a estratificação de risco. As eqAB devem programar o atendimento para acompanhamento das pessoas com DM de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM.	Sim (20 pts); Parcialmente (10pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Busca ativa das pessoas com DM em casos de falta a consultas, exames ou má adesão ao tratamento.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)
<i>Medida 3</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Automonitoramento da glicemia capilar entre as pessoas que fazem uso de insulina.	Adequada (20 pts: maioria sabe interpretar os resultados do HGT); Inadequada (0 pts: maioria não sabe interpretar os resultados do HGT)

Subdimensão	Justificativa
<b>VII. Prevenção do DM e suas complicações</b>	Entre as ações para o controle do DM, é necessária a realização de atividades multidisciplinares de educação em saúde para a prevenção da doença e de suas complicações, principalmente devido à baixa adesão ao tratamento e às dificuldades existentes em relação à modificação do estilo de vida.
<b>Indicador</b>	
VIIa. Atividade de educação em saúde	
VIIb. Prevenção das complicações associadas ao DM	

Indicador VIIa	Justificativa
<b>Atividades de educação em saúde</b>	As atividades de educação em saúde, sejam elas individuais ou coletivas, são importantes para estimular a modificação do estilo de vida. A adoção de hábitos de vida mais saudáveis contribui para a prevenção do DM e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As ações de educação em saúde voltadas ao controle do DM, por sua vez, são importantes para que as pessoas conheçam melhor o seu problema de saúde, e devem ajudá-las na superação das dificuldades em relação à adesão ao tratamento, estimular a modificação do estilo de vida e o desenvolvimento de uma maior autonomia, tornando-as corresponsáveis pelo cuidado, de modo a prevenir as complicações agudas e crônicas associadas ao DM.
<i>Medida 1</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Atividades periódicas voltadas à prevenção primária do DM.	Sim (20 pts); Não (0 pts)
<i>Medida 2</i>	<i>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</i>
Atividades periódicas voltadas ao controle do DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)

<b>Indicador VIIb</b>	<b>Justificativa</b>
Prevenção das complicações associadas ao DM	O DM não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. As eqAB devem incluir na rotina de acompanhamento das pessoas com DM pelo menos a avaliação sistemática do pé diabético, da cavidade bucal e de fundo de olho para prevenir complicações crônicas associadas à doença. A prevenção secundária e terciária das complicações associadas ao DM é fundamental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas que já apresentam a doença.
<b>Medida 1</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
Avaliação sistemática do pé diabético nas pessoas com DM.	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)
<b>Medida 2</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
Avaliação sistemática da cavidade bucal nas pessoas com DM.	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)
<b>Medida 3</b>	<b>Parâmetro (pontuação máxima esperada)</b>
Encaminhamento periódico das pessoas com DM para avaliação de fundo de olho	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)

## ANEXO D - Autorização para Utilização dos Instrumentos de Coleta de Dados e do Modelo Avaliativo (MT, ML e MAJ)



Munyra Rocha  
Qua, 24/07/2019 05:56  
daianiborges@gmail.com



Prezada Dra. Daiani, bom dia!

Vimos solicitar a autorização para a utilização do Modelo Teórico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica e do Modelo Lógico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica, adotados no artigo intitulado: Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo para utilização em projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- MG.

Aguardamos sua manifestação.

Atenciosamente,

Munyra Rocha Silva Assunção  
Enfermeira- Discente

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Orientadora



Daiani Borges <daianiborges@gmail.com>  
>  
Qui, 25/07/2019 15:11  
Você



Boa tarde Munyra,

pode sim! Será uma honra! Me coloco à disposição para algum esclarecimento.

Atenciosamente,

Daiani de Bem Borges.



Livre de vírus. [www.avast.com](http://www.avast.com).

**Autorização dos modelos e matriz para projeto de pesquisa nível mestrado stricto sensu**

Munyra Rocha <munyrarsilva@hotmail.com>

Dom, 14/03/2021 15:37

Para: Daiani Borges <daianiborges@gmail.com>

Cc: Silvana Maria Coelho Leite Fava <silvana.fava@unifal-mg.edu.br>; Roberta Seron Sanches <roberta.sanches@unifal-mg.edu.br>

Prezada Dra. Daiani, boa noite!

Entrei em contato com você em julho de 2019, para solicitar sua autorização para a utilização do Modelo Teórico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica e do Modelo Lógico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica, adotados no artigo intitulado: Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo para utilização em projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- MG, tendo sua autorização, para a utilização dos mesmos.

Dessa maneira, iniciei meu projeto de pesquisa intitulado "Controle do diabetes mellitus na atenção básica de um município: análise das ações", sob a orientação da Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava e coorientação da Profa. Dra. Roberta Seron Sanches.

Para tanto, utilizei o roteiro de entrevista semiestruturada e de observação direta, associando-os aos modelos Teórico, Lógico e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), tendo citado sua autoria (BORGES; LACERDA, 2017). Adicionalmente, realizei a técnica de grupo focal com elaboração de um roteiro para os trabalhadores em saúde (ACS e recepcionistas) e para as pessoas com diagnóstico de DM, com intuito de identificar os fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento de ações para o controle do diabetes na atenção básica, na perspectiva da pessoa com a cronicidade e dos trabalhadores em saúde.

Assim, reforço a solicitação de autorização para aplicação dos modelos elaborados em sua Tese de Doutorado.

Agradeço desde já.

Me coloco à disposição para esclarecimentos.

Aguardo confirmação de recebimento.

Obrigada!

Atenciosamente,

**Munyra Rocha Silva Assunção**

Enfermeira

Especialista em Enfermagem do Trabalho

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, linha de pesquisa: "O processo de cuidar em Enfermagem"

**Re: Autorização dos modelos e matriz para projeto de pesquisa nível mestrado stricto sensu**

Daiani Borges <daianiborges@gmail.com>

Dom, 14/03/2021 16:12

Para: Munyra Rocha <munyrarsilva@hotmail.com>

Boa noite Munyra!

Fiquei à vontade para usar os modelos e demais instrumentos desenvolvidos na minha tese de doutorado. Fico feliz em saber que os modelos desenvolvidos estão sendo aplicados de alguma forma. Quando finalizar sua pesquisa, gostaria muito de tomar conhecimento dos resultados do seu trabalho, se puder me enviar uma cópia da sua dissertação eu agradeço.

Obs: desculpa não ter respondido antes, vi o email anterior, deixei para responder em outro momento e acabei esquecendo.

Att,

Daiani de Bem Borges.

## ANEXO E - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO  
ANÁLISE DAS AÇÕES

**Pesquisador:** MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30590620.1.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.051.363

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado, com financiamento próprio, submetido por discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG. Não foram identificados conflitos de interesse. Segue abaixo o resumo do projeto:

**Introdução:** O Diabetes mellitus tem constituído um importante problema de saúde pública, tendo em vistas as taxas crescentes de incidência, prevalência, incapacidades e mortalidade. As ações da Atenção Básica (AB) são essenciais, uma vez que constitui a principal porta de entrada para o sistema de saúde. Para a efetividade das ações, faz-se necessária a vinculação da pessoa com DM às unidades de Saúde, garantindo o diagnóstico, tratamento e acompanhamento longitudinal e Integral. **Objetivo:** Analisar as ações desenvolvidas para o cuidado no controle do Diabetes Mellitus realizadas pela Atenção Básica de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e avaliativa do tipo análise de implantação. Será desenvolvida em Unidade Básica Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Farmácia Municipal de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. A população será composta por profissionais de nível superior (médico, farmacêutico, educador físico, nutricionista e fisioterapeuta) que compõem as equipes da AB selecionadas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); trabalhadores em saúde da ESF, UBS e Farmácia Municipal (receptionistas); pessoas com diagnóstico de DM;

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-001

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3701-9153

**Fax:** (35)3701-9153

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 4.051.363

coordenadores da ESF e UBS (Enfermeiros); Secretário de Saúde e Coordenador da AB do município. Para coleta de dados será utilizado um modelo avaliativo, validado e autorizado, que avalia as ações realizadas pela AB voltadas ao controle do DM. O mesmo é composto por modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento e analisados à luz dos manuais do Ministério da Saúde, das diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e dos protocolos assistenciais. Os dados serão analisados de forma dedutiva, por meio do referencial de Bardin. Resultados esperados: Os resultados poderão fornecer subsídios que contribuam para as políticas públicas, para a linha do cuidado à pessoa com DM, para a readequação se necessário do processo de trabalho em saúde e para a sensibilização das pessoas com DM e dos profissionais de saúde para a responsabilização e corresponsabilização para o controle da doença. Além, da transição do conhecimento, que consiste na troca e aplicação desse com vistas a potencializar os benefícios decorrentes de inovações para fortalecer os sistemas de saúde e a melhoria da saúde das pessoas com DM.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: Analisar as ações desenvolvidas para o cuidado no controle do Diabetes Mellitus realizadas pela Atenção Básica de um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

**Análise CEP:**

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos (profissionais de saúde e gestores): Existe a possibilidade de desconforto e risco mínimos para você que se submeterá a coleta de dados. Isto porque, por mais que o objetivo das perguntas não seja de causar constrangimento, você pode se sentir desconfortável ao falar de sua rotina de trabalho, de sua experiência ou apresentar pontos negativos do próprio serviço, ou lembranças negativas desse momento. Assim, as entrevistas serão suspensas ou canceladas, assim que detectar constrangimentos ou desconfortos de um participante em particular. Dessa forma, caso ocorra qualquer desconforto, a pesquisadora poderá lhe fornecer o apoio necessário.

Riscos (agentes comunitários de saúde e recepcionistas): Existe a possibilidade de desconforto e risco mínimos para você que se submeterá a coleta de dados. Isto porque, por mais que o objetivo das perguntas não seja de causar constrangimento, você pode se sentir desconfortável ao falar de sua rotina de trabalho, de sua experiência ou apresentar pontos negativos do próprio serviço, ou

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700			
Bairro: centro		CEP: 37.130-001	
UF: MG	Município: ALFENAS		
Telefone: (35)3701-9153	Fax: (35)3701-9153	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br	

Continuação do Parecer: 4.051.363

lembranças negativas ou por apresentar sua fala em um grupo. Assim, as entrevistas serão suspensas ou canceladas, assim que detectar constrangimentos ou desconfortos de um participante em particular. Dessa forma, caso ocorra qualquer desconforto, a pesquisadora poderá lhe fornecer o apoio necessário.

**Riscos (pacientes com diabetes mellitus):** Existe a possibilidade de desconforto e risco mínimos para você que se submeterá a coleta de dados. Isto porque, por mais que o objetivo das perguntas não seja de causar constrangimento, você pode se sentir desconfortável ao falar dos serviços de saúde e de sua experiência ou apresentar pontos negativos do serviço, ou lembranças negativas ou por responder em um grupo. As entrevistas serão suspensas ou canceladas, assim que detectar constrangimentos ou desconfortos de um participante em particular. Dessa forma, caso ocorra qualquer desconforto, a pesquisadora poderá lhe fornecer o apoio necessário.

**Benefícios (profissionais de saúde e gestores):** Como benefícios, a pesquisa terá a oportunidade de expressar uma temática relevante e do cotidiano dos trabalhadores em saúde, que são as ações desenvolvidas para o cuidado no controle do DM, bem como propiciar a construção de um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto com potencial para aprimorar as políticas públicas, o processo de trabalho em saúde, a qualidade da assistência e a sensibilização das pessoas para o controle do DM.

**Benefícios (agentes comunitários de saúde e recepcionistas):** Como benefícios, você terá a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema para a saúde, que é a avaliação das ações para o melhor controle do Diabetes mellitus, bem como de participar da construção de um conhecimento que poderá ajudar nas ações dos serviços de saúde e sensibilizar as pessoas com Diabetes mellitus para o controle da doença.

**Benefícios (pacientes com diabetes mellitus):** Como benefícios, você terá a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema para a saúde, que é a avaliação das ações para o melhor controle do Diabetes mellitus, bem como de participar da construção de um conhecimento que poderá ajudar nas ações dos serviços de saúde e sensibilizar as pessoas com Diabetes mellitus para o controle da doença.

a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700			
Bairro: centro		CEP: 37.130-001	
UF: MG	Município: ALFENAS		
Telefone: (35)3701-0153	Fax: (35)3701-0153	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br	

Continuação do Parecer: 4.051.363

descritos no projeto;

b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;

c. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada, é a melhor disponível;

b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;

c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto. No projeto detalhado a pesquisadora informa que "O cronograma proposto poderá ser alterado de acordo com o panorama nacional e as recomendações do Ministério da Saúde relacionados a COVID-19. Em consonância à realidade nacional da pandemia, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) já manifestou a possibilidade de flexibilização do término das atividades exigidas para a conclusão do Curso de Pós-Graduação Mestrado. Se forem necessárias alterações no cronograma proposto, os pesquisadores comunicarão o CEP. Na Etapa 6 (última etapa, prevista para novembro e dezembro/2020) da coleta de dados com as pessoas com DM por meio de grupo focal, o mesmo será realizado com apenas três participantes, afim de evitar aglomeração, tendo em vista a atual situação da pandemia. Serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos: agendados em locais ventilados, uso de máscaras, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participantes e entre participantes e uso de álcool gel para desinfecção das mãos."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e adequado

b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica

c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica

d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Presente e adequado

e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado

f. Folha de rosto - presente e adequada

g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

h. Outro (especificar) –

**Recomendações:**

Não há.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-001  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3701-0153 Fax: (35)3701-0153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.051.363

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537080.pdf	20/05/2020 17:49:53		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Munyra_ProjetodePesquisaCEPmodificado20052020.docx	20/05/2020 17:47:20	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Munyra_TCLEmodificado18052020.docx	20/05/2020 17:32:32	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	Termo_compromisso_covid.docx	20/05/2020 16:13:22	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	Munyra_Cartarespostaaspendenciasdoc.ep.docx	20/05/2020 16:07:34	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	Termodeautorizacaoaparagravacaodevoz.docx	07/04/2020 22:36:30	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostonovaversaocep.pdf	07/04/2020 21:34:32	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	CartaRespostaCEP.docx	07/04/2020 21:27:33	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Parecer Anterior	PareceranteriorCEPnegado.pdf	07/04/2020 21:26:47	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	AutorizacaoTCUDCEP.docx	07/04/2020 20:58:44	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto
Outros	AutorizacaoinstitucionalCEP.docx	07/04/2020 20:58:23	MUNYRA ROCHA SILVA ASSUNÇÃO	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro de Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-001  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.051.363

ALFENAS, 27 de Maio de 2020

---

Assinado por:  
**Angel Mauricio Castro Gamero**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro de Silva, 700  
Bairro: centro CEP: 37.130-001  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br)