



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Borges, Daiani de Bem; Lacerda, Josimari Telino de
Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo
Saúde em Debate, vol. 42, núm. 116, 2018, Janeiro-Março, pp. 162-178
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369039014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo

Actions aimed at the Diabetes Mellitus control in Primary Health Care: a proposal of evaluative model

Daiani de Bem Borges¹, Josimari Telino de Lacerda²

RESUMO O artigo corresponde à apreciação da viabilidade para avaliação das ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* (DM) na Atenção Básica (AB) e apresenta uma proposta de modelo avaliativo. Análises documentais, revisão de literatura e reuniões com especialistas orientaram a elaboração do modelo. Para sua validação, utilizou-se a técnica de conferência de consenso. A matriz de análise e julgamento é composta por 19 indicadores agregados em duas dimensões. As ações voltadas ao controle do DM na AB são passíveis de avaliação. A aplicação do modelo avaliativo proposto permitirá ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização das ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The article corresponds to the assessment of the feasibility to evaluate the actions directed to the control of Diabetes *Mellitus* (DM) in Primary Health Care (PHC), and presents a proposal of an evaluation model. Documental analysis, literature review and meetings with experts guided the elaboration of the model. For its validation, the consensus conferencing technique was used. The matrix of analysis and judgment is composed of 19 indicators aggregated in two dimensions. Actions aimed at the control of DM in PHC are susceptible to evaluation. The application of the proposed evaluative model will increase the knowledge of the mechanisms and processes involved in the operationalization of the actions, contributing to its improvement.

KEYWORDS Health evaluation. Diabetes *Mellitus*. Primary Health Care.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil. daianiborges@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil. jtelino@gmail.com

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e se constitui em um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Nos anos 2000, havia 151 milhões de pessoas com DM em todo o mundo. Em 2015, o número total de pessoas com diabetes já chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8%. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa devido ao custo econômico associado à doença. Se a epidemia global de DM continuar aumentando, haverá, muito provavelmente, um crescimento maciço das despesas de saúde nos próximos anos. Atualmente, cerca de 12% das despesas globais em saúde já são atribuídas ao cuidado das pessoas com diabetes e suas complicações¹. Vários estudos comprovam que o diabetes impõe um grande fardo econômico aos indivíduos e às famílias, aos sistemas nacionais de saúde e aos países^{2,3}.

O Brasil já ocupa a quarta posição entre os países com maior número de pessoas vivendo com DM, com, aproximadamente, 14,3 milhões, atrás apenas da China, da Índia e dos USA⁴. Em 2011, a prevalência do DM autorreferido em adultos (maiores de 18 anos) residentes nas capitais brasileiras foi de 6,3% (95% IC: 5,9-6,7), aumentando significativamente com idade, sobrepeso e obesidade⁵. O DM faz parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e é responsável pela primeira causa de mortalidade no País, com 61,85% do total de óbitos, segundo Capítulo do CID-10, em 2015⁶. Nas últimas décadas, tem-se observado uma redução da taxa de mortalidade por DCNT, principalmente com relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Essa redução é atribuída à implementação de políticas de saúde que levaram à expansão do acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e à redução do tabagismo. Entretanto, a taxa de mortalidade por diabetes continua aumentando⁷.

O DM é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária. As evidências demonstram que o bom manejo desse agravo na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares⁸. Para que as ações voltadas ao controle do DM se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, a AB deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Práticas centradas no modelo biomédico; no precário funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência; no desconhecimento dos profissionais da AB quanto aos fluxos de acesso aos demais pontos de atenção; em déficits na formação das equipes, descompromisso dos profissionais com o cumprimento das normas técnicas e com os resultados esperados; em condições de trabalho precárias, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários, problemas na relação quantitativa de equipe/população e a falta de equipamentos e outros insumos são alguns dos fatores impeditivos para uma adequada atenção à saúde^{9,10}.

Para compreender de que forma e em que medida as ações voltadas ao controle do DM estão implantadas, identificar os fatores contextuais que influenciam o grau de implantação e reconhecer os fatores facilitadores e principais obstáculos enfrentados para o desenvolvimento de ações efetivas, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. Diante da importância de estudos avaliativos para a tomada de decisão e da responsabilidade da gestão municipal sobre a implantação das ações voltadas ao controle do DM, torna-se oportuna a proposição de um modelo avaliativo que possa subsidiar o planejamento, a implementação de ações, a organização e a reorientação dessa intervenção nos municípios.

O presente artigo corresponde à apreciação da viabilidade para avaliação das ações voltadas ao controle do DM na AB e tem como objetivo apresentar uma proposta de modelo avaliativo, constituída por: modelo teórico,



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento, bem como recomendações para pesquisas avaliativas subsequentes.

Metodologia

Este estudo está baseado na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu¹¹, com abordagem qualitativa, em pesquisa realizada entre agosto de 2014 e julho de 2015, que compreendeu: revisão da literatura e dos documentos oficiais sobre o objeto avaliado; delimitação do programa através da identificação de seus objetivos e das atividades a

serem realizadas; modelagem do programa com os interessados, considerando os resultados esperados, os impactos previstos e os determinantes; entendimento preliminar de como o programa opera; desenvolvimento de uma matriz de análise e julgamento; identificação dos utilizadores da avaliação; obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

Inicialmente, foi realizada análise documental e revisão da literatura para delimitar o programa e identificar seus objetivos. No *quadro 1*, são apresentadas as políticas de saúde, legislações e normas relacionadas ao objeto de pesquisa utilizadas na análise documental.

Quadro 1. Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações voltadas ao controle do DM na AB

Ano	Legislação	Deliberações/Objetivos
2001	Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001.
	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus	Subsidia tecnicamente os profissionais da rede de Atenção Básica na perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus.
2002	Portaria nº 371/GM, em 04 de março de 2002	Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
2006	Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.
	Cadernos de Atenção Básica nº16	Protocolo baseado em evidências científicas mundiais dirigido aos profissionais de saúde, sobretudo às equipes de saúde da família, para o enfrentamento do DM.
2007	Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007	Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.
2008	Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de DCNT (Série Pacto pela Vida, v.8)	Promove a reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com DCNT.
2010	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2011	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
2012	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022	Promove o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalece os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Quadro 1. (cont.)

2013	Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias	Estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.
	Caderno de Atenção Básica nº 36	Estratégias para o enfrentamento das DCNT: Diabetes Mellitus.

Para a modelagem do programa, foi elaborado um Modelo Teórico (MT) e um Modelo Lógico (ML) das ações voltadas ao controle do DM na AB. O MT é um sistema hipotético-dedutivo que representa a teoria do objeto-modelo, explicitando como o programa idealmente funciona. Sua operacionalização é expressa através do ML, esquema visual que apresenta o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos^{12,13}.

Os modelos teórico e lógico preliminares foram estruturados a partir do referencial teórico adotado, levando em consideração o contexto social no qual o objeto está inserido. As propostas iniciais dos dois modelos foram apresentadas e extensamente discutidas em oficinas com a participação dos integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), constituído por professores do departamento, profissionais de saúde de diversas áreas e alunos de mestrado e doutorado da área de avaliação em saúde. À luz dos modelos teórico e lógico consensuados, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), contendo indicadores, medidas, parâmetros, a pontuação máxima esperada, bem como as respectivas fontes de evidência. A revisão da literatura também auxiliou na seleção dos componentes da matriz de análise e na identificação de indicadores utilizados em estudos anteriores¹⁴⁻¹⁶.

Para a validação do modelo avaliativo proposto, constituído pelos modelos teórico, lógico e pela MAJ, e considerando o conteúdo e a plausibilidade das relações causais estabelecidas entre os seus vários componentes, foram realizadas duas oficinas com a participação de informantes-chave, orientadas pela técnica de conferência de consenso¹⁷. Para compor as oficinas de consenso, foram convidados gestores e profissionais de saúde vinculados ao serviço no âmbito da AB, escolhidos em virtude de sua área de atuação e experiência com relação ao objeto de estudo, e pesquisadores com experiência na área de: avaliação em saúde, diabetes/doenças crônicas não transmissíveis e pesquisa qualitativa. Ao todo, participaram das oficinas, enquanto informantes-chave: (02) médicos de família e comunidade; (03) odontólogos; (02) enfermeiros; (01) farmacêutico; (01) nutricionista.

Os informantes-chave receberam a proposta preliminar dos MT, ML e da MAJ, via correio eletrônico, e foi solicitado que se manifestassem quanto à concordância ou discordância no tocante ao modelo avaliativo proposto. Após essa etapa, foi marcada uma reunião presencial onde o resultado da primeira etapa foi apresentado com o intuito de promover o debate aberto sobre cada uma das dimensões e subdimensões pré-estabelecidas, juntamente com os critérios, indicadores e medidas propostas. Nesse momento, a partir da reflexão e do debate conjunto, ficou estabelecido que o modelo avaliativo tinha como foco a gestão municipal e que os

principais utilizadores da avaliação seriam os profissionais responsáveis pela implementação do programa, ou seja, gestores e profissionais de saúde da AB. Após o encontro presencial, todas as contribuições foram analisadas e sistematizadas, identificando-se os pontos de maior acordo e desacordo encontrados nas respostas. Algumas sugestões foram incorporadas ao modelo avaliativo inicialmente proposto. Também ocorreram supressões, acréscimos ou complementação de critérios ou indicadores baseados nos argumentos das discussões e justificativas apresentadas. Na terceira e última etapa, os participantes receberam, novamente, via correio eletrônico, os modelos propostos e a MAJ, agora com as alterações/modificações resultantes das etapas anteriores. Aqui, os especialistas tiveram a oportunidade de se manifestar quanto à manutenção ou não de suas opiniões iniciais. Os itens que apresentaram maior consenso passaram a compor o modelo avaliativo definitivo.

A MAJ elaborada permite a análise descritiva de todos os seus componentes. Cada indicador recebeu entre uma e quatro medidas, considerando-se dados quantitativos e qualitativos. Os parâmetros de julgamento foram fundamentados em aspectos normativos, na revisão da literatura e nos acordos firmados com os especialistas. A atribuição dos pontos foi discutida entre os pesquisadores envolvidos, a partir do ML e da leitura dos dados primários e secundários obtidos no estudo.

Todos os informantes-chave concordaram em participar da pesquisa, expressando sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina/CCS, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45623615.3.0000.0121.

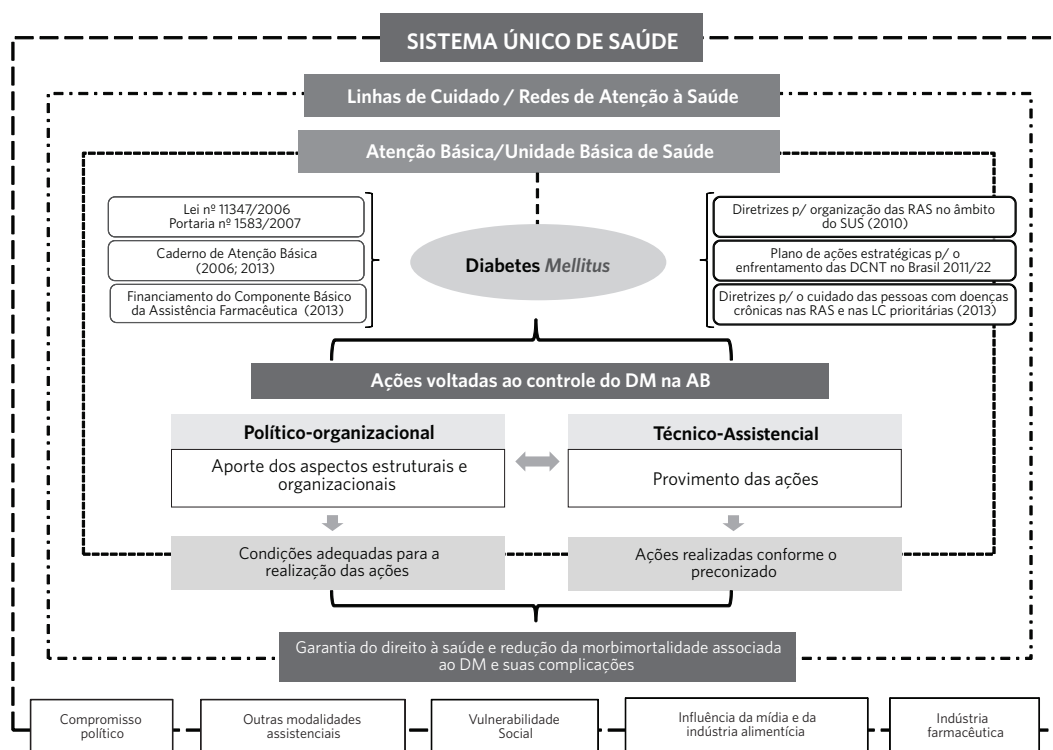
Resultados e discussão

As ações voltadas ao controle do DM não estão estruturadas como um programa específico, como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, por exemplo. Todavia, os documentos analisados possibilitaram a identificação dos objetivos; do público-alvo; das atividades a serem realizadas; dos recursos e da infraestrutura necessários para garantir a operacionalização dessas atividades; e dos resultados esperados. As metas a serem alcançadas, no entanto, dependem das características e da realidade local.

O DM é considerado uma das Linhas de Cuidado (LC) do Sistema Único de Saúde (SUS). As LC podem ser entendidas como recomendações sistematicamente desenvolvidas, orientadas por diretrizes clínicas, com o objetivo de garantir a atenção à saúde. Elas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção (primário, secundário e terciário) de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde¹⁸.

O MT das ações voltadas ao controle do DM na AB proposto está apresentado na *figura 1*. A implantação das LC deve se dar a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que têm a responsabilidade pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da RAS.

Figura 1. Modelo Teórico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica



Desse modo, a AB desempenha um papel central nesse processo por ser o ponto de atenção com maior capilaridade dentro da RAS. No MT, são apresentadas as várias iniciativas governamentais para normatizar as ações voltadas ao controle do DM no âmbito da AB. Inicialmente, por meio de algumas estratégias e medidas que possibilitaram a ampliação do acesso e da qualidade da AB, através do cadastramento e da vinculação dos usuários às UBS, possibilitando o acompanhamento sistemático dos casos, a prevenção das complicações e a atualização dos profissionais de saúde. Mais recentemente, foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e fortalecer os serviços de saúde para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, além de

terem sido estabelecidas as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado¹⁹⁻²¹.

Para que as ações desenvolvidas na AB impactem a situação de saúde, em seus determinantes e condicionantes, é fundamental que a infraestrutura dos serviços, o processo de trabalho dos profissionais de saúde e a oferta diagnóstica e terapêutica respondam de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita e estejam articulados com os demais pontos da rede²¹. No MT proposto, as ações voltadas ao controle do DM na AB estão divididas em duas dimensões: Político-Organizacional (PO) e Técnico-Assistencial (TA). A dimensão PO contempla as áreas em que a gestão da saúde deve atuar para garantir o aporte dos aspectos estruturais e organizacionais necessários à realização adequada das ações. A TA está relacionada com o provimento das ações por parte dos

profissionais de saúde que atuam nas UBS. Para que as ações voltadas ao controle do DM alcancem os resultados esperados, além de condições adequadas, é necessário que as equipes de saúde organizem seu processo de trabalho e realizem as ações conforme o preconizado. As ações da gestão municipal da saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas UBS estão inter-relacionadas e são fundamentais para que a atenção às pessoas com DM seja resolutiva. O conjunto das ações voltadas ao controle do DM na AB visa a garantir o direito à saúde às pessoas com diabetes e a redução da morbimortalidade associada à doença e suas complicações.

A incidência e a prevalência do DM, assim como o grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na AB e o alcance dos resultados esperados estão condicionados a fatores contextuais. O cenário brasileiro apresenta diferenças sociais, econômicas e culturais marcantes que repercutem sobre as necessidades de saúde da população entre as diversas regiões e municípios. Esse cenário é agravado pelos interesses da oferta privada e pelas pressões do mercado na área da saúde. Entre os fatores contextuais que podem influenciar a implantação das ações e seus resultados, destacam-se: o compromisso político, a existência de outras modalidades assistenciais, a influência da mídia, da indústria alimentícia e farmacêutica e as vulnerabilidades sociais.

O compromisso político é entendido como a responsabilidade da gestão pública municipal pelo desenvolvimento de estratégias que operacionalizem as políticas e os programas considerados prioritários para o município. Para que os princípios e as diretrizes do SUS sejam cumpridos, as estruturas administrativas e organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem ser entendidas como uma responsabilidade primária e intransferível dos gestores municipais e estar coerentes com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Parte dos problemas enfrentados

no sistema de saúde, na esfera municipal, dá-se pela falta de clareza quanto às competências e responsabilidades dos gestores para a garantia do direito à saúde na agenda governamental²².

A segmentação do sistema de saúde e a descrença nele levam muitas pessoas a procurar seguradoras de saúde privadas. O setor privado oferece planos de saúde com diferentes níveis assistenciais, sendo estratificado em função das diferentes situações socioeconômicas dos usuários, o que o torna altamente fragmentado e centrado em procedimentos. Esses planos muitas vezes oferecem serviços paralelos aos ofertados pelo SUS, com superposição de consumo. Com isso, as seguradoras de saúde acabam aumentando o gasto total em saúde sem substituir o financiamento público. Além disso, os detentores de planos de saúde frequentemente recorrem ao SUS para receber vacinas, medicamentos, serviços de alto custo e procedimentos de alta complexidade. A oferta desordenada de assistência médica ambulatorial no setor privado dificulta o planejamento e a programação local em saúde no serviço público, uma vez que a gestão municipal da saúde é responsável não só por quem usa os serviços públicos, mas para todo o conjunto da sociedade^{23,24}.

Os hábitos e práticas alimentares do mundo contemporâneo são construídos com base em determinações socioculturais sobre as quais a mídia e a indústria exercem grande influência. Ao mesmo tempo que estimulam o consumo de produtos industrializados ditos 'leves, saudáveis e ricos em uma variedade enorme de nutrientes', vendem a imagem de pessoas bonitas, magras e também saudáveis, instigam o consumo de lanches tipo *fast food*, ricos em carboidratos e gorduras saturadas. As mudanças verificadas nos padrões alimentares, associadas ao sedentarismo, podem ser consideradas as grandes responsáveis pelo aumento da incidência e da prevalência de doenças como a obesidade e o diabetes^{25,26}.

Dado o expressivo mercado de medicamentos e insumos farmacêuticos existentes no País, o SUS trabalha com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), lista que norteia a oferta de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da população. No entanto, o lobby da indústria e do comércio de produtos farmacêuticos muitas vezes faz com que usuários e prescritores passem a considerar imprescindível o uso dos novos produtos lançados no mercado, tornando-se frequente a reivindicação dos mesmos via sistema judiciário. A solicitação dos análogos de insulina e dos novos agentes antidiabéticos orais (metiglinidas, glitazonas, gliptinas etc.) é um exemplo dessa situação. A judicialização da saúde tem quebrado a lógica da integralidade das ações ao retirar parte dos recursos destinados à compra de medicamentos essenciais para o atendimento das demandas judiciais, afetando de forma significativa os orçamentos públicos municipais em todo o País^{27,28}.

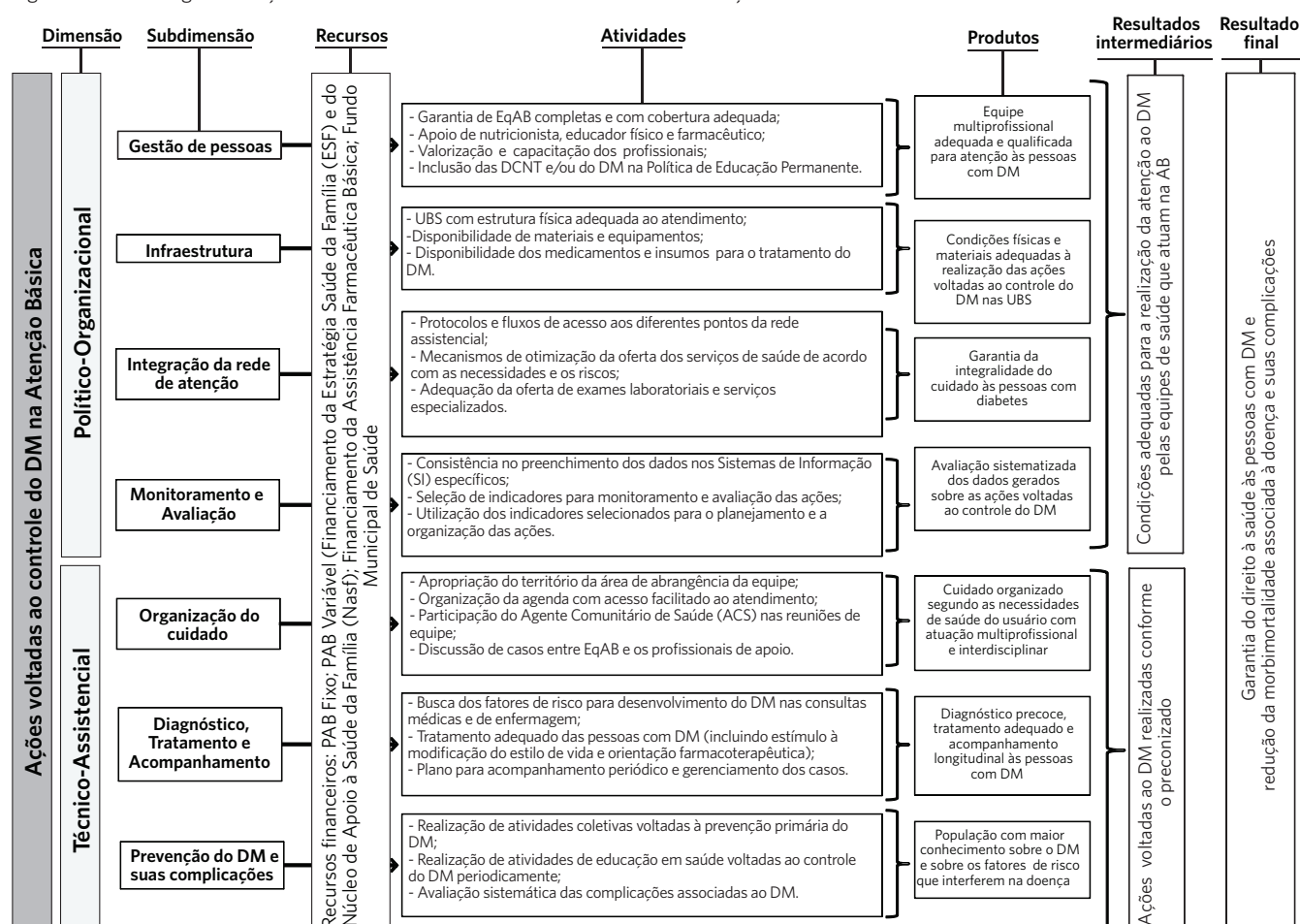
A desigualdade nas condições de vida em nossa sociedade favorece o surgimento de pessoas ou populações em situação de maior vulnerabilidade social, pois elas se veem excluídas do sistema e dos benefícios sociais básicos, como saúde, educação, trabalho e lazer, e perdem a liberdade de escolha diante da reduzida gama de oportunidades. Quanto maior o número de pessoas vivendo em situações de vulnerabilidade, maior a morbidade e a mortalidade. Dessa forma, as ações

de saúde devem ser planejadas priorizando indivíduos e famílias em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, para potencializar os recursos disponíveis e propor intervenções condizentes com as necessidades identificadas^{29,30}.

O impacto econômico do DM sobre a sociedade atual é enorme. Ele incide não apenas sobre os sistemas de saúde, mas, também, sobre os indivíduos e suas famílias, e tem gerado perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer³. Foi consenso entre os especialistas que as ações voltadas ao controle do DM na AB são de responsabilidade da gestão municipal da saúde. Para que sejam desenvolvidas de forma efetiva e eficiente, os aspectos estruturais e organizacionais necessários ao funcionamento das UBS, assim como a garantia das condições adequadas ao provimento das ações por parte dos profissionais de saúde devem ser considerados prioritários para a prevenção desse agravo, para a redução da morbimortalidade e dos custos associados à doença.

Com o intuito de expor como deve ser implantada a intervenção objeto deste estudo e quais os resultados esperados, além de fornecer uma base objetiva a respeito da relação causal entre os elementos desta intervenção (dimensões, subdimensões, recursos, atividades, produtos, resultados intermediários e final), é apresentada uma proposta de ML das ações voltadas ao controle do DM na AB (*figura 2*).

Figura 2. Modelo Lógico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica



No ML proposto, a dimensão PO conta com as subdimensões: ‘Gestão de Pessoas’, ‘Infraestrutura’, ‘Integração da Rede de Atenção e Monitoramento e Avaliação’. Para que as ações voltadas ao controle do DM sejam realizadas de forma adequada, a gestão municipal da saúde deve dispor de profissionais motivados e qualificados em quantidade suficiente para garantir a cobertura apropriada da demanda existente. Deve garantir, também, que as UBS possuam estrutura física adequada, equipamentos e materiais em quantidade suficiente para que os profissionais possam exercer suas atividades. Espera-se, ainda, que a gestão organize os fluxos de acesso para garantir a integralidade da atenção em todos os pontos da rede e realize o monitoramento e a avaliação

sistemática das ações ofertadas para o alcance de metas estabelecidas.

A dimensão TA inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das Equipes de Referência da Atenção Básica (EqAB) e as subdimensões: ‘Organização do Cuidado’, ‘Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento’, ‘Prevenção do DM e suas complicações’. Para o planejamento e a execução das ações voltadas ao controle do DM, as EqAB devem levar em conta o território de atuação e as características da população sob sua responsabilidade. A abordagem terapêutica empregada e o acompanhamento prestado são fundamentais para a prevenção do DM e suas complicações, assim como para a manutenção da qualidade de vida das pessoas com a doença³².

No ML, foram elencadas as atividades consideradas essenciais em todas as subdimensões propostas e apresentados os produtos esperados para cada uma delas. Como resultados intermediários e final, espera-se que a gestão municipal da saúde garanta condições adequadas para que as equipes da AB possam realizar as ações voltadas ao controle do DM conforme o preconizado, de modo a garantir às pessoas com DM o direito à saúde, com vistas à redução da morbimortalidade relacionada à doença e suas complicações.

A matriz de análise e julgamento conta com 7 subdimensões e 19 indicadores, listados no *quadro 2*, com suas respectivas medidas, parâmetros, a pontuação máxima esperada para cada um de seus componentes e as fontes de evidências.

Na subdimensão ‘Gestão de Pessoas’ destaca-se que 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 à saúde seja realizada de forma adequada, deve haver EqAB completas e em quantidade suficiente para atender à demanda existente, seguindo as recomendações do MS. Além disso, é essencial o apoio de outros profissionais de saúde – como nutricionista, educador físico e farmacêutico – às EqAB, para ampliar a abrangência e o escopo das ações voltadas ao controle do DM na AB. A elevada rotatividade de profissionais da AB interfere no processo de cuidado e dificulta a formação do vínculo, aspectos esses considerados fundamentais ao acompanhamento longitudinal. Para a fixação dos profissionais nas UBS, considera-se necessária sua valorização, de modo a promover um equilíbrio entre as necessidades e expectativas dos profissionais de saúde e as do serviço.

Outro aspecto importante na atenção às pessoas com DM é a boa gestão da clínica. A qualificação e a atualização dos profissionais da AB quanto à organização e ao funcionamento dos fluxos assistenciais da rede municipal e sobre os cuidados necessários ao controle do

DM ou das DCNT, com regularidade, são consideradas fundamentais³². Os indicadores elencados nessa subdimensão foram: ‘cobertura dos profissionais da AB’; ‘permanência dos profissionais’; ‘qualificação profissional’.

A ‘Infraestrutura’ das UBS deve ser adequada ao atendimento da demanda local de acordo com as necessidades da população. A ‘estrutura física das UBS’ deve permitir a acessibilidade e possuir instalações adequadas à realização das ações de saúde para toda população. Para que a atenção às pessoas com DM seja realizada adequadamente, são necessárias condições materiais e aporte tecnológico específico para a organização do processo de trabalho e a efetivação do cuidado. O suprimento e a manutenção regular dos ‘materiais e equipamentos’ necessários à execução do conjunto das ações voltadas ao controle do DM, assim como o fornecimento contínuo do elenco de ‘medicamentos e insumos’ necessários ao tratamento do DM, à aplicação de insulina e ao Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) são considerados essenciais para garantir a continuidade do cuidado e para o alcance dos resultados terapêuticos.

A maioria das pessoas com DM pode e deve ser acompanhada pelas EqAB, entretanto, os casos que extrapolam o limite de atuação no âmbito da AB devem ser encaminhados para outros níveis de atenção³². Para a ‘Integração da Rede de Atenção’, considera-se fundamental a existência de instrumentos que possibilitem a ‘normatização da atenção’ necessária à coordenação do cuidado, tais como: protocolos e diretrizes terapêuticas voltados ao controle das DCNT e/ou do DM; fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial; tecnologias orientadas para a ‘regulação do acesso aos serviços especializados’, com estratégias para a otimização da oferta. Além disso, é fundamental a ‘adequação da oferta dos serviços especializados’ às necessidades de saúde das pessoas com DM, principalmente com relação ao provimento dos exames laboratoriais e das consultas com especialistas focais (endocrinologista e oftalmologista).

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na AB, contendo dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Político-Organizacional	Gestão de pessoas	Cobertura dos profissionais	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)	AD Entr OD
			Percepção da EqAB quanto ao nº de pessoas residentes na área de abrangência	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
			Apoio de educador físico, nutricionista, farmacêutico às EqAB	Dos 3 profissionais (10 pts); De 2 profissionais (5 pts); De 1 ou nenhum (0 pts)	
			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)	
	Permanência dos profissionais	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)	Entr	
		Percepção da EqAB quanto à sua valorização profissional	Adequada e convergente (20 pts); Parcialmente convergente (10 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)		
		Qualificação dos profissionais	Capacitação sobre organização/funcionamento da rede municipal	Sim (10 pts); Não (0 pts)	Entr OD
			Atualização sobre DCNT ou DM	Sim (10 pts); Não (0 pts)	
	Estrutura física das UBS	% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'UBS com acessibilidade aos usuários'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts).	Entr OD	
		Percepção quanto à acessibilidade dos usuários à UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).		
		% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'UBS com estrutura física adequada'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts).		
		Percepção sobre a adequação da estrutura física da UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).		
Infraestrutura na UBS	Materiais e equipamentos	% 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)	Entr OD	
		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)		
		Manutenção periódica dos materiais e equipamentos na UBS	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)		
	Medicamentos e insumos	% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'Fornecimento de medicamentos para tratamento do DM na UBS'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts).	Entr OD	
		% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'Fornecimento de insumos para aplicação de insulina e AMGC na UBS'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts).		
		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)		
		Estratégias adotadas para garantir o fornecimento de medicamentos e insumos no caso de faltas	Sim (7,5 pts); Parcial (3 pts); Não (0 pts)		

Quadro 2. (cont.)

Dimensão Político-Organizacional	Integração da rede de atenção	Normatização da Atenção	Uso de protocolo e diretrizes voltadas à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro)	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	Entr AD
			Uso de protocolo e diretrizes voltadas à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro)	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	
		Regulação do acesso aos serviços especializados	Mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados	Sim (10 pts); Não (0 pts)	
			Estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	
	Adequação da oferta aos serviços especializados		Percepção sobre o tempo de espera para a realização dos exames laboratoriais	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	Entr AD
			Percepção sobre o tempo de espera para consulta com endocrinologista	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	
			Percepção sobre o tempo de espera para consulta com oftalmologista na rede assistencial	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	
	Disponibilidade de informação		Atualização sistemática do SI para cadastramento dos usuários/famílias	Sim (30 pts); Parcial (15 pts); Não (0 pts)	Entr AD
			Indicadores de monitoramento das ações voltadas ao controle do DM na rede municipal	Sim (15 pts); Parcial (7 pts); Não (0 pts)	
	Monitoramento e Avaliação		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)	Entr AD
Dimensão Técnico-Assistencial	Organização do cuidado	Apropriação do território	% de microáreas cobertas pelos ACS	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 20 pts)	Entr OD Pront
			Percepção da atuação do ACS na apropriação do território	Adequada e convergente (20 pts); Parcialmente convergente (10 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
			Mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
		Organização da Agenda	Priorização no atendimento às pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)	Entr OD Pront
			Garantia de consultas de acompanhamento para as pessoas com DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
			Atendimento de urgência às pessoas com DM em caso de intercorrências	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)	
	Atuação interdisciplinar		Participação dos ACS nas reuniões de equipe	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
			Discussão dos casos entre a EqAB e os profissionais de apoio.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	
			Interlocução de diferentes profissionais na organização das atividades educativas.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 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)	Entr OD Pront

Quadro 2. (cont.)

Dimensão Técnico-Assistencial	Diagnóstico precoce do DM	Solicitação de exames para 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	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
		Solicitação de exames para diagnóstico precoce do DM nas gestantes	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	
	Tratamento adequado	Orientações sobre Modificação do Estilo de Vida (MEV) por escrito	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
		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)	
		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)	
		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, independentemente de se está compensado ou não); Inadequada (sem uma periodicidade definida)	
	Acompanhamento sistemático	Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10pts); Não (0 pts)	Entr OD Pront
		Busca ativa das pessoas faltosas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10pts); Não (0 pts)	
		AMGC 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)	
	Prevenção do DM e suas complicações	Atividades de educação em saúde		
		Atividades periódicas voltadas à prevenção primária do DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	Entr Pront
		Atividades periódicas voltadas ao controle do DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
		Avaliação sistemática do pé diabético nas pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)	Entr Pront
		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 avaliação de fundo de olho	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)	

Fonte: Elaboração própria.

ACS – Agente Comunitário de Saúde; AD – Análise Documental; AMGC – Automonitoramento da Glicemia Capilar; DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis; DM – Diabetes Mellitus; Entr – Entrevista; EqAB – Equipe de Referência da Atenção Básica; GJ – Glicemia de Jejum; Hb1Ac – Hemoglobina glicada; HGT – Hemoglicoteste; IMC – Índice de Massa Corporal; MEV – Modificação do Estilo de Vida; OD – Observação Direta; Pront – Prontuário; pts – pontos

SI – Sistema de Informação

UBS – Unidade Básica de Saúde

Monitoramento e avaliação das ações voltadas ao controle do DM têm como objetivo dar suporte aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas e auxiliar na reorientação das ações desenvolvidas no âmbito da AB. 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. Para tanto, consideram-se necessários o registro e a qualificação das informações no Sistema de Informação (SI) da AB, além da definição de indicadores para o acompanhamento das ações desenvolvidas voltadas ao controle do DM e para o planejamento e a organização da atenção de acordo com os perfis demográfico, clínico e epidemiológico da comunidade.

Na análise da 'Organização do cuidado', foram considerados os aspectos relacionados à 'apropriação do território' por parte das EqAB e às características da população sob responsabilidade destas, necessários à implementação das ações voltadas ao controle do DM. A 'organização da agenda' dos profissionais de saúde deve garantir o acesso facilitado às pessoas com DM para tratamento e acompanhamento e o atendimento às intercorrências, de modo a promover o vínculo e possibilitar a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Considera-se, também, que as EqAB e os profissionais de apoio devem atuar interdisciplinarmente e de forma multiprofissional no planejamento e no desenvolvimento das atividades, de modo a favorecer a interlocução de conhecimentos e experiências para ajudar na resolução das situações vivenciadas no cotidiano da UBS.

Nasubdimensão 'Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento', espera-se que as EqAB estejam atentas à presença dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença e a detecção precoce do DM na população adscrita ao território. O tratamento da pessoa com DM tem como objetivo o controle metabólico e a prevenção das complicações associadas ao DM, levando em consideração

o grau de risco de cada pessoa. A base do tratamento consiste no estímulo à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, quase sempre acrescida de tratamento farmacológico. A implementação de um plano para acompanhamento periódico e gerenciamento dos casos é fundamental para avaliar a evolução da doença e a adesão ao tratamento prescrito. Nessa subdimensão, foram elencados os seguintes indicadores: 'diagnóstico precoce do DM'; 'tratamento adequado das pessoas com DM'; 'acompanhamento e monitoramento'.

Para a 'Prevenção do DM e suas Complicações', a realização de 'atividades coletivas' que estimulem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis devem ser vistas pelas EqAB como uma tecnologia de baixa densidade efetiva à prevenção primária do DM, assim como de outras DCNT. Além disso, diante da dificuldade das pessoas com DM em seguir o tratamento prescrito, tanto o medicamentoso quanto o não medicamentoso, as atividades de 'educação em saúde voltadas ao controle do DM' devem ser consideradas parte do tratamento integral. Essas atividades visam a aumentar a compreensão das pessoas sobre a doença, ajudá-las no desenvolvimento de uma maior autonomia e na superação dos vários obstáculos que dificultam o controle da doença. Considera-se fundamental, também, que as EqAB incluam na rotina de acompanhamento das pessoas com DM a 'avaliação sistemática do pé diabético, da cavidade bucal e de fundo de olho'. Esta última, na impossibilidade de ser realizada na UBS, deve ser encaminhada para que seja realizada em outro nível de atenção. Essas ações são necessárias à prevenção das complicações associadas à doença e à manutenção da qualidade de vida das pessoas com DM.

A distribuição dos pontos na MAJ foi realizada de modo que a dimensão TA tivesse um peso 50% maior do que a PO, devido à importância das ações assistenciais no controle do DM. Para a emissão de juízo de valor

e análise dos indicadores, subdimensões e dimensões estabelecidas, será calculada a diferença percentual entre a pontuação máxima esperada e a observada, considerando-se os seguintes pontos de corte: (1) crítico: $< 50,0\%$; (2) insatisfatório: $\geq 50,0$ e $< 70,0\%$; (3) satisfatório: $\geq 70,0$ e $< 85,0\%$; (4) adequado $\geq 85,0\%$. Tais percentuais possibilitam o cumprimento dos critérios de julgamento propostos para cada um dos componentes que constituem a MAJ e permitem a avaliação do grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na AB.

Considerações finais

A metodologia adotada para a construção do modelo avaliativo das ações voltadas ao controle do DM na AB possibilitou uma rica discussão entre os participantes sobre o objeto e a relação causal entre seus componentes, aumentando o conhecimento de todos os envolvidos a respeito da operacionalização do programa. Os resultados obtidos revelaram que as ações voltadas ao controle do DM na AB são passíveis de avaliação, uma vez que os elementos identificados no ML são condizentes com as condições que a

intervenção possui para alcançar os resultados esperados. Nesse sentido, a realização de um estudo de caso para a avaliação das ações voltadas ao controle do DM na AB apresenta-se como opção metodológica interessante, pois permite ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização do programa, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento deste.

Como benefício maior, verificou-se a elaboração de ferramentas avaliativas com a participação ativa dos interessados, havendo troca de experiências entre as diferentes categorias profissionais. A obtenção do grau de implantação das duas dimensões propostas, considerando o contexto no qual estão inseridas, poderá subsidiar a decisão dos gestores municipais e as práticas dos profissionais da EqAB, uma vez que permite a identificação dos aspectos a serem priorizados para o alcance dos resultados esperados. O modelo avaliativo foi elaborado para ser aplicável em municípios de médio e grande porte, com a intenção de investigar casos de maior complexidade na gestão pública, em virtude das singularidades e diversidades dos municípios com tal conformação e de se estabelecer comparação interna entre os resultados encontrados. ■

Referências

1. Zimmet P, Alberti GK, Magliano DJ, et al. Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. *Nat. rev. endocrinol.* 2016; 12(10):616-22.
2. Barquera S, Campos-Nonato I, Aguilar-Salinas C, et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health.* 2013; 9:3.
3. Bertoldi AD, Kanavos P, França GV, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. *Global. health.* 2013; 9(1):62.
4. Zimmet P, Alberti GK. Epidemiology of Diabetes: Status of a Pandemic and Issues Around Metabolic Surgery. *Diabetes care.* 2016; 39(6):878-83.
5. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015;18:3-16.
6. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. [acesso em 2016 jul. 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pob-t10uf.def> 2015.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
8. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(6):1337-49.
9. Fertoni HP, Pires DEPD, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20:1869-78.
10. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate.* 2014; 38:26-34.
11. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005; 20(2):1.
12. Bezerra LCDA, Cazarin G, Alves CKDA. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
13. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 292.
14. Bispo e Silva AS, Santos MAD, Teixeira CRS, et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20:512-8.
15. Tavares VSA, Vidal SA, Gusmão-filho FAR, et al. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiol. serv. saúde.* 2014; 23:527-36.
16. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate.* 2014; 38:265-78.
17. Souza LEPE, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em*

- Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba; 2014. p. 276p.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, DF: MS, 2001.
 20. 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, DF: MS, 2011.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: MS, 2013.
 22. Sousa MC, Lima PVPS, Khan AS. Mecanismos de gestão municipal e a promoção dos direitos humanos. *Rev. adm. pública*. 2015; 49(4):985-1009.
 23. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
 24. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008;13:1431-40.
 25. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. serv. saúde*. 2015; 24:257-65.
 26. Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F, et al. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA*. 2017; 317(9):912-24.
 27. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. saúde pública*. 2009; 25:1839-49.
 28. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. saúde pública*. 2008; 42:365-9.
 29. Moraes IM. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. bras. saúde matern. infant*. 2010; 10:s331-s6.
 30. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, et al. Classification of Family Risk in a Family Health Center. *Rev. latinoam. enferm*. 2013; 21:1088-95.
 31. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. serv. saúde*. 2012; 21:07-19.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: diabetes mellitus. *Caderno de Atenção Básica nº 36*. Brasília, DF: MS, 2013.

Recebido em 16/09/ 2017
Aprovado em 18/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve