



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE**

**LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO
A SAÚDE**

BEATRIZ PEDRO ROSSINI

Foz do Iguaçu
2025



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO
A SAÚDE**

BEATRIZ PEDRO ROSSINI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Me. Filipe Silva Neri

Foz do Iguaçu
2025

BEATRIZ PEDRO ROSSINI

**LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO
A SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Filipe Silva Neri
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

Profa. Dra. Joselita Olívia da Silva Monteiro
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Profa. Dra. Juliana Domingues
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

Foz do Iguaçu, 18 de outubro de 2025.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: BEATRIZPEDRO ROSSINI

Curso: Especialização em Gestão em Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo
(x) especialização	(x) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico **LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Nome do orientador(a): Filipe Silva Neri

Data da Defesa: 08/11/2025

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 08 de novembro de 2025.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao meu marido, por sua força e determinação incansáveis, que me inspiram diariamente. Pela entrega em servir e atender da melhor forma possível no Sistema Único de Saúde, com coragem diante das adversidades e sensibilidade diante das necessidades humanas. Seu exemplo de dedicação e amor ao próximo fortaleceu minha caminhada e foi um alicerce essencial para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me sustentar diariamente, renovar minhas forças e me conceder sabedoria e perseverança na busca por esta conquista.

Ao meu orientador, pela dedicação, paciência e direcionamento neste trabalho.

Aos professores do curso, que compartilharam seus conhecimentos e experiências, contribuindo de forma expressiva para minha formação.

À banca examinadora, pelas sugestões e contribuições que enriqueceram ainda mais este trabalho.

Aos colegas de curso, pela caminhada junto, que tornou essa trajetória mais leve e enriquecedora.

*"A educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas. Pessoas
transformam o mundo."*

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o gerenciamento da linha de cuidado em diabetes mellitus como estratégia da atenção básica à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em revisão bibliográfica de artigos publicados entre 2010 e 2022. Os achados demonstram que a linha de cuidado possibilita acompanhamento contínuo, integral e coordenado, fundamentado em uma abordagem multiprofissional. Foram identificados benefícios como a redução de complicações, a promoção da qualidade de vida e a otimização de recursos no sistema de saúde. Contudo, desafios relevantes permanecem, incluindo a necessidade de maior capacitação das equipes, melhor integração entre níveis assistenciais e maior engajamento dos pacientes no autocuidado. Conclui-se que a linha de cuidado em diabetes mellitus é uma estratégia eficaz e fundamental para a atenção básica, mas sua consolidação depende de políticas públicas claras, estrutura organizacional adequada e investimentos em recursos e tecnologias em saúde.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Linha de cuidado. Atenção básica à saúde. Estratégias de saúde. Qualidade de vida.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el manejo de la línea de atención en diabetes mellitus como estrategia de atención primaria de salud. Se trata de una investigación cualitativa, basada en una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2010 y 2022. Los hallazgos demuestran que la línea de atención permite un seguimiento continuo, integral y coordinado, basado en un enfoque multidisciplinario. Se identificaron beneficios como la reducción de complicaciones, la promoción de la calidad de vida y la optimización de los recursos del sistema sanitario. Sin embargo, persisten desafíos relevantes, incluida la necesidad de una mayor capacitación del equipo, una mejor integración entre los niveles de atención y una mayor participación del paciente en el autocuidado. Se concluye que la línea de atención a la diabetes mellitus es una estrategia efectiva y fundamental para la atención primaria, pero su consolidación depende de políticas públicas claras, estructura organizacional adecuada e inversiones en recursos y tecnologías de salud.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Línea de atención. Atención sanitaria básica. Estrategias de salud. Calidad de vida.

ABSTRACT

This study aimed to describe the management of the line of care in diabetes mellitus as a primary health care strategy. This is a qualitative research, based on a bibliographic review of articles published between 2010 and 2022. The findings demonstrate that the line of care allows for continuous, comprehensive and coordinated monitoring, based on a multidisciplinary approach. Benefits were identified such as reducing complications, promoting quality of life and optimizing resources in the healthcare system. However, relevant challenges remain, including the need for greater team training, better integration between levels of care and greater patient engagement in self-care. It is concluded that the line of care for diabetes mellitus is an effective and fundamental strategy for primary care, but its consolidation depends on clear public policies, adequate organizational structure and investments in health resources and technologies.

Key words: Diabetes mellitus. Care line. Basic health care. Health strategies. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DM	Diabetes Mellitus
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
LC	Linha de Cuidado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>
YLL	<i>Years of Life Lost</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	22
3 CARACTERÍSTICAS E BENEFÍCIOS DA LINHA DE CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	27
4 DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e representa um importante desafio para os sistemas de saúde. A doença pode causar uma série de complicações, como problemas cardiovasculares, neuropatias, retinopatias e insuficiência renal, além de aumentar o risco de outras doenças como infecções e câncer. Diante disso, torna-se essencial a implementação de estratégias de cuidado que visem prevenir, diagnosticar e tratar a diabetes de forma eficiente, especialmente na atenção básica à saúde (MENDES, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Elas se articulam de forma hierarquizada e complementar para garantir a integralidade do cuidado. A atenção primária, também chamada de atenção básica, constitui a porta de entrada preferencial do sistema e é responsável pela promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo dos usuários. A atenção secundária abrange os serviços especializados, enquanto a terciária concentra-se em atendimentos de alta complexidade. Neste estudo, o foco recai sobre a atenção básica, por ser o nível estratégico para o gerenciamento e a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus (MENDES, 2012).

Nesse contexto, a linha de cuidado em diabetes mellitus tem se mostrado uma estratégia promissora para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir as complicações associadas à doença. Essa abordagem busca integrar as diferentes etapas do cuidado, desde a prevenção até o tratamento e o acompanhamento, de forma coordenada e com base em evidências científicas. Com isso, é possível garantir um atendimento mais humanizado e eficiente, que leve em conta as necessidades específicas de cada paciente (MENDES, 2012)

A implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica à saúde requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, entre outros. Além disso, é importante que haja um trabalho de conscientização e engajamento dos pacientes e suas famílias, de modo que eles possam compreender a importância do autocuidado e da adesão ao tratamento (BRASIL, 2011).

Entre os principais benefícios da linha de cuidado em diabetes mellitus, destacam-se a redução das complicações da doença, o aumento da qualidade de vida dos pacientes, a redução dos custos com tratamento e internações hospitalares, além da melhoria da eficiência do sistema de saúde como um todo. No entanto, a implementação da linha de cuidado também apresenta desafios e limitações, como a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, a falta de recursos e infraestrutura adequados em algumas regiões e a dificuldade de engajar os pacientes em algumas situações (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

No Brasil, a diabetes mellitus é considerada um importante problema de saúde pública, afetando um número expressivo de pessoas. De acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 12,5 milhões de brasileiros tenham diabetes, o que representa aproximadamente 7,6% da população adulta do país. Além disso, estima-se que existam cerca de 90 mil novos casos de diabetes diagnosticados a cada ano. A prevalência da doença varia de acordo com a região e o perfil demográfico da população, no entanto, sabe-se que a diabetes afeta tanto homens quanto mulheres e está presente em todas as faixas etárias, embora seja mais comum em indivíduos acima dos 40 anos (BRASIL, 2013).

A diabetes tipo 2 é a forma mais comum da doença no Brasil, correspondendo a aproximadamente 90% dos casos. Esse tipo de diabetes está frequentemente associado ao estilo de vida sedentário, à alimentação inadequada e ao excesso de peso. Já a diabetes tipo 1, que é uma doença autoimune, corresponde a cerca de 10% dos casos e geralmente é diagnosticada em crianças e jovens (BRASIL, 2013).

Diante da crescente prevalência e impacto do diabetes mellitus na saúde da população, é fundamental desenvolver abordagens integradas e abrangentes para o manejo dessa condição crônica. Neste estudo, busca-se responder à seguinte questão norteadora: como o gerenciamento da linha de cuidado em diabetes mellitus se configura como estratégia de atenção básica à saúde, e quais são suas principais características, benefícios, desafios e embasamento científico?

Assim, o trabalho tem por objetivo descrever o gerenciamento da linha de cuidado em diabetes mellitus como estratégia de atenção básica à saúde, destacando suas principais características, benefícios, desafios e fundamentação

teórica, além de contextualizar historicamente sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e identificar os obstáculos que ainda dificultam sua implementação de forma efetiva. Esse objetivo geral decompõe-se nos seguintes objetivos específicos:

1. Contextualizar historicamente a linha de cuidado em diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Descrever as características e os benefícios da linha de cuidado em diabetes mellitus como estratégia de atenção à saúde.
3. Identificar os desafios para a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica à saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica. Esta é utilizada para a compreensão de um tema, com base em estudos anteriores, o que permite a reunião de dados de distintas modalidades de delineamento de pesquisas e possibilita a expansão das conclusões. A pesquisa qualitativa busca interpretar fenômenos a partir de significados atribuídos pelos sujeitos, valorizando a profundidade da análise em detrimento da quantificação, e possibilitando a compreensão de percepções, experiências e contextos que envolvem o objeto de estudo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2012).

Foram delimitadas as seguintes etapas metodológicas: identificação do tema ou questão da pesquisa; realização da amostragem (seleção dos artigos); categorização dos estudos; definição das informações extraídas das publicações revisadas; avaliação dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; e apresentação dos resultados da pesquisa.

O levantamento do corpus literário a ser analisado, foi obtido no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, mediante as palavras-chave: linha de cuidado; diabetes Mellitus; atenção básica.

Cumprir assinalar que foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2010 a 2022, por compreender um intervalo em que houve significativa expansão das políticas públicas voltadas à atenção básica e ao cuidado de condições crônicas no Brasil, especialmente após a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (2011) e da instituição de diretrizes mais estruturadas para o manejo de doenças crônicas não transmissíveis.

Esse recorte temporal é relevante porque permite analisar produções científicas alinhadas ao contexto mais atual de organização da rede de atenção à saúde e de fortalecimento da linha de cuidado em diabetes mellitus,

assegurando a pertinência dos achados em relação à realidade vigente dos serviços de saúde, no idioma português, que contemplassem em seus títulos e/ou resumos aspectos relativos à linha de cuidado diabetes mellitus como estratégia de atenção à saúde, e estivessem disponibilizados na íntegra, gratuitamente, *online*. Os critérios de exclusão foram: artigos que não se tratavam especificamente sobre o tema proposto e que após a leitura não respondiam à questão norteadora.

A revisão foi realizada em setembro de 2025 e utilizou-se um instrumento contendo as variáveis: título, base de dados, ano, periódico, modalidade de pesquisa, objetivos e conclusão dos estudos. Na fase seguinte, os dados obtidos por meio do material compilado (oriundo dos trechos extraídos das publicações) foram agrupados, de acordo com o objetivo proposto para o estudo.

Foram encontrados 70 artigos científicos, a partir dos referidos descritores nas bases de dados citadas acima. Os resumos foram explorados com a finalidade de identificar a resposta aos objetivos do nosso estudo e, destes, 40 foram excluídos da amostra.

Os 30 selecionados foram estudados exaustivamente, porém 10 deles ofereceram a resposta buscada e, portanto, constituíram a amostra da presente revisão. Na fase seguinte, os dados obtidos por meio do material compilado, foram agrupados, de acordo com o objetivo proposto para o estudo.

A análise do material envolvido nesta investigação permitiu caracterizar as produções científicas inseridas no estudo no quadro abaixo.

Quadro 1 - amostra composta por 10 artigos, descrita segundo periódico, ano de publicação, autores, título do estudo e síntese dos resultados

Autores/Ano	Título	Síntese dos resultados
SILVEIRA, J. A. A. et al. 2010.	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	A pesquisa revelou uma grande discrepância entre os parâmetros recomendados pelo CAB-DM e o que realmente foi praticado nas consultas médicas e de enfermagem no local de estudo, com base nos registros nos prontuários. No entanto, é importante considerar a possibilidade de falhas no registro dos procedimentos realizados, como subnotificação de dados do exame físico, orientações e exames laboratoriais solicitados. Para identificar os principais desafios, é necessário aproximar-se mais da realidade do atendimento nessas consultas. O prontuário é um procedimento indispensável e fundamental para a qualidade do atendimento ao paciente, além de ser útil na defesa do médico em casos judiciais e nos conselhos profissionais. A falta de recursos físicos, como a ausência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), é uma questão destacada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), incluindo a falta de computador. O SIAB é uma ferramenta estratégica para fornecer informações aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e para outros planejamentos importantes. A educação permanente

		<p>dos profissionais de saúde também é um tema relevante que requer atenção dos gestores locais e regionais. Através da educação permanente em saúde, é possível abordar os problemas enfrentados pelas equipes de saúde no seu cotidiano, promovendo compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual. Acredita-se que essas transformações nas práticas técnicas e sociais possam contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento do SUS, especialmente no contexto do atendimento de pessoas com Diabetes mellitus, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de complicações.</p>
<p>MALTA, D. C; MERTHY, E. E. 2010</p>	<p>O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>A pesquisa aborda a importância da responsabilização no processo terapêutico, destacando a necessidade de reavaliar as linhas de cuidado em saúde. O foco é nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas as reflexões se aplicam a outras doenças. É necessário promover ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, considerando as necessidades individuais e grupos específicos. O cuidado integrado das DCNT requer ações articuladas, responsabilidade compartilhada, integração de diferentes setores e tecnologias adequadas para abordar processos de adoecimento complexos. A análise da situação de saúde deve levar em conta fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos. Reorientar os modelos de atenção à saúde requer compreensão local da situação de saúde e uma abordagem focada na promoção, incluindo educação, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento, equipe multidisciplinar e empoderamento do indivíduo. É importante garantir a continuidade e integralidade do cuidado, exigindo um sistema único de saúde coerente em todas as áreas de prática de saúde, tanto públicas quanto privadas.</p>
<p>MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. 2011</p>	<p>Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família.</p>	<p>A pesquisa enfatizou a importância da detecção precoce e do acompanhamento adequado do Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial (HA) na Atenção Básica. A Campanha Nacional de Detecção de Casos de Diabetes identificou milhões de suspeitos de DM, incluindo um número significativo de pessoas com ambas as doenças. Fatores como sedentarismo, falta de controle na dieta e deficiências no tratamento foram identificados como contribuintes para o agravamento dessas condições. Estabelecer um vínculo entre os pacientes e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi considerado fundamental para o controle das doenças e a prevenção de complicações. No entanto, o estudo revelou preocupações sobre a efetividade do Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente em relação ao preenchimento inadequado de formulários e ao baixo número de pacientes cadastrados nas fichas de saúde. Essas falhas podem afetar o acompanhamento adequado dos pacientes. A baixa cobertura e os problemas de cadastro e repasse de informações foram apontados como possíveis razões para o número reduzido de cadastros. O estudo destacou a necessidade de implementar medidas para aumentar o acompanhamento dos pacientes com DM e HA, a fim de evitar complicações clínicas e altos custos hospitalares.</p>
<p>VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. 2016.</p>	<p>Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil.</p>	<p>A pesquisa analisou a implementação da Linha de Cuidado (LC) para hipertensão arterial e diabetes mellitus. Foram identificadas deficiências nos macroprocessos, especialmente na vigilância e informação em saúde, devido à subutilização do sistema Hiperdia e à falta de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados. Também foram observadas deficiências na disseminação de informações e na utilização de meios de comunicação para mobilização da comunidade. Em relação à organização da rede de serviços, os mecanismos formais de encaminhamento foram considerados insuficientes, prejudicando o estabelecimento de fluxos efetivos de referência e contrarreferência. A adesão a protocolos foi baixa, assim como ações de promoção e prevenção à saúde. Quanto à micropolítica, houve dificuldades na coordenação do cuidado, no acesso aos</p>

		relatórios e exames realizados na LC, e na realização de visitas domiciliares. Os pacientes demonstraram maior vinculação à atenção básica do que os gerentes e médicos. As demandas espontâneas dos usuários nem sempre são atendidas adequadamente, e as ações educativas em grupos são subvalorizadas. Em geral, os resultados indicam desafios para alcançar a integralidade da atenção e destacam a necessidade de investimentos tanto na macro quanto na micropolítica da LC.
SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. 2016	Entre fluxos e projetos terapêutico: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos	A pesquisa discute diferentes abordagens sobre projetos terapêuticos, enfatizando sua importância na reorganização do processo de trabalho em equipes de saúde. O projeto terapêutico pode ser entendido como a expressão operacional dos modelos de atenção à saúde, equacionando a capacidade de produzir práticas de saúde com as necessidades dos pacientes. Ele pode ser visto como um arranjo, uma estratégia ou um dispositivo que envolve a ação clínica e gestora, buscando objetivos centrados no usuário. O projeto terapêutico também pode ser utilizado na saúde mental como um dispositivo de integração entre profissionais de saúde e usuários, promovendo a cidadania e a reabilitação psicossocial. Uma ênfase adicional é dada ao papel do profissional de referência, que atua como um dispositivo de responsabilização e fortalecimento do vínculo com o paciente. Além disso, destaca-se o Projeto Terapêutico Singular, que valoriza a singularidade de cada caso e considera as dimensões sociais envolvidas. A pesquisa também discute a importância da integração das equipes de saúde e a necessidade de superar a fragmentação dos processos de trabalho. O projeto terapêutico é visto como uma proposta que permite incorporar as particularidades dos sujeitos e suas diferentes racionalidades, promovendo uma abordagem mais integral e sensível ao cuidado. A pesquisa ressalta a complexidade dos itinerários terapêuticos, ou seja, os caminhos percorridos pelas pessoas na busca por cuidado, e destaca a importância de compreender esses itinerários para a construção dos projetos terapêuticos. A ideia é que o conhecimento dos itinerários terapêuticos possa contribuir para o planejamento e desenvolvimento de linhas de cuidado mais abrangentes e integradas.
VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. 2016	Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo	A pesquisa aborda a proposta de um modelo de cuidado integrado para idosos, que envolve ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado precoce, reabilitação e criação de uma rede articulada e referenciada. O texto ressalta a necessidade de transformar a lógica do cuidado em saúde no Brasil, especialmente para pessoas em situações de maior vulnerabilidade, como os idosos. A mudança e inovação devem ocorrer no cotidiano dos serviços de saúde, na formação dos profissionais, na gestão do sistema de saúde e no financiamento, incluindo modelos de remuneração. O objetivo é alcançar uma maior qualidade no cuidado em saúde, remunerar adequadamente outras instâncias de cuidado e novas formas de produzir saúde. O autor acredita que é possível envelhecer com saúde e qualidade de vida, mas destaca a necessidade de todos os atores do setor se responsabilizarem pelas mudanças e permitirem a inovação. O texto também menciona a importância de resgatar cuidados e valores simples perdidos no sistema de saúde. O modelo atual de assistência no Brasil é descrito como fragmentado e ineficiente, prejudicando especialmente os idosos. Para alterar esse modelo, é necessário avaliar e remunerar com base na qualidade, ter um sistema de informações que facilite a linha de cuidado do paciente e adotar elementos como avaliação funcional, centralização do cuidado médico, acompanhamento gerencial e equipe multiprofissional. A proposta busca reorganizar o cuidado de forma mais eficaz e com menor custo para o sistema de saúde, colocando o paciente como elemento central. A participação ativa do idoso no modelo de cuidado é destacada, assim como a necessidade de discutir a formação profissional e a organização dos serviços com foco no cuidado, além da cura. O texto conclui enfatizando a importância de se construir uma nova

		forma de cuidar dos idosos sem mais delongas.
COSTA, A. F. et al. 2017	Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil	Este estudo destaca a importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e do diabetes mellitus tipo 2 no contexto epidemiológico do Brasil. Os resultados mostram que o diabetes mellitus tipo 2 é a DCNT mais prevalente, ocupando a segunda posição no ranking de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY, na sigla em inglês). O impacto do diabetes mellitus tipo 2 aumenta com a idade, especialmente na Região Nordeste, e está associado principalmente a complicações crônicas, concentradas em regiões mais desenvolvidas e urbanizadas do país. Embora tenha havido uma redução geral de aproximadamente 1,5% no DALY estimado em comparação com estudos anteriores, a participação do diabetes mellitus tipo 2 no total de DALY aumentou, especialmente no Grupo II. O componente de anos vividos com incapacidade (YLD) contribui mais significativamente para o diabetes mellitus tipo 2 do que o componente de anos de vida perdidos (YLL), refletindo a prevalência crescente e a taxa de mortalidade estável no Brasil. A Região Nordeste apresenta uma proporção maior de YLL em relação ao YLD no DALY do diabetes mellitus tipo 2, indicando possível dificuldade de diagnóstico precoce e acesso ao tratamento nessa região. A falta de acesso aos serviços de saúde, barreiras ao tratamento contínuo e baixa adesão aos cuidados são desafios relevantes. Regiões menos desenvolvidas e áreas rurais enfrentam dificuldades na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) devido a recursos limitados e falta de estrutura adequada. As complicações crônicas do diabetes mellitus tipo 2, como retinopatia diabética, doença arterial periférica e insuficiência renal crônica, contribuem significativamente para o ônus da doença e geram altos custos em procedimentos de alta complexidade. O diagnóstico precoce e o tratamento eficaz são fundamentais para reduzir a carga das complicações crônicas do diabetes mellitus tipo 2, mas ainda são precários na atenção básica no Brasil. A atenção básica fortalecida, com medidas preventivas e curativas adequadas, pode ter um impacto positivo no diagnóstico, acompanhamento e prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus tipo 2, melhorando a assistência e o cuidado aos pacientes.
BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. 2018	Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo.	Os resultados indicaram que as ações de controle do DM na AB podem ser avaliadas, pois os elementos identificados no modelo foram consistentes com as condições necessárias para alcançar os resultados esperados. Um benefício importante foi a participação ativa dos envolvidos na elaboração das ferramentas avaliativas, promovendo a troca de experiências entre diferentes profissionais. A aplicação desse modelo em municípios de médio e grande porte permitirá aos gestores e profissionais identificar os aspectos prioritários para alcançar os resultados esperados, considerando o contexto específico de cada localidade. Além disso, será possível estabelecer comparações internas entre os resultados encontrados, levando em conta as singularidades e diversidades dos municípios com características semelhantes.
EVANGELISTA, M. J. O. et al. 2019	O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, Brasil.	O texto discute a transformação do processo saúde-doença ao longo dos anos, influenciado por mudanças no perfil epidemiológico, crescimento urbano desorganizado, hábitos alimentares e estilo de vida. Há uma crise nos sistemas de saúde, com falta de coerência entre a situação de saúde e a resposta dos sistemas fragmentados. Para enfrentar esse problema, propõe-se a adoção de redes de atenção à saúde (RAS), integrando diferentes serviços e garantindo cuidado integral. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (APS) é considerado estratégico na estruturação das RAS. Na região administrativa do Itapoã, no Distrito Federal, foram realizadas oficinas de planejamento da APS e implementadas ações como acolhimento, estratificação de risco, compartilhamento do cuidado e matriciamento das equipes. Houve avanços na qualificação da

		atenção e melhoria nos indicadores de processo. Um ambulatório de atenção especializada foi criado para atender hipertensos e diabéticos de alto risco, promovendo o cuidado compartilhado. O texto também menciona a experiência de um laboratório de inovações em Samonte/MG, que utilizou estratégias semelhantes.
MALTA, D. C. et al. 2022	Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019	A pesquisa comparou indicadores da linha de cuidado para pessoas com Diabetes Mellitus (DM) entre 2013 e 2019. Houve aumento no uso de medicamentos e assistência médica no último ano, mas redução no uso da Farmácia Popular e no acompanhamento com o mesmo médico. Em 2019, os indicadores foram piores para homens, pessoas mais jovens, de raça/cor preta e parda, com menor escolaridade e renda. Houve progresso na redução da proporção de pessoas que nunca fizeram exame de sangue, mas a prevalência da doença aumentou, possivelmente devido ao envelhecimento populacional e à obesidade. O aumento do DM foi maior entre mulheres. A redução do acompanhamento com o mesmo médico é preocupante, pois pode afetar o cuidado longitudinal. Cerca de 80% das pessoas com DM tiveram consulta médica anual, mas a população jovem teve menos de 60% de consultas anuais. O acesso a médicos especialistas e exames apresentou diferenças relacionadas à escolaridade e renda, além de variações regionais, com piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste. O uso de medicamentos foi elevado, demonstrando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso a medicamentos gratuitos. O acesso ao programa "Aqui Tem Farmácia Popular do Brasil" diminuiu desde 2013. O cuidado em relação ao pé diabético e aos exames oftalmológicos foi deficiente, com baixa adesão. Houve maior frequência de internações entre os jovens, o que pode ser atribuído à maior prevalência de Diabetes Tipo 1 e menor adesão ao cuidado. O estudo ressaltou a importância do autocuidado e do empoderamento dos usuários, além dos determinantes sociais de saúde. No geral, os indicadores assistenciais foram piores para populações com menor escolaridade, renda e raça/cor preta e parda, além das regiões Norte e Nordeste. O estudo destacou a contribuição do SUS na busca pela equidade em saúde, mas expressou preocupação com os ataques ao sistema e a redução de recursos.

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Dos 10 estudos selecionados, destaca-se que 2 foram publicados no ano de 2010, 1 em 2011, 3 em 2016 e 1 em cada um dos anos seguintes: 2017, 2018, 2019 e 2022. É interessante notar que o termo "linha de cuidado" está presente em todos os títulos dos estudos, evidenciando sua relevância e abrangência como estratégia de atenção básica à saúde no contexto do diabetes mellitus. Essa consistência na utilização do termo sugere uma crescente atenção e investigação científica na aplicação e implementação da linha de cuidado nessa condição crônica, demonstrando o interesse em promover uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado aos pacientes diabéticos.

A linha de cuidado configura-se como uma proposta que visa oferecer acompanhamento contínuo e coordenado, desde o diagnóstico até o controle da doença, por meio da articulação entre diferentes níveis de atenção e profissionais de saúde. Os estudos analisados evidenciam tanto os benefícios dessa

estratégia para pacientes e equipes multiprofissionais, quanto os desafios e limitações enfrentados em sua efetiva implementação.

Este trabalho de conclusão de curso está dividido em cinco seções. A primeira seção corresponde à Introdução, na qual é apresentado o tema da pesquisa, a problemática investigada, o objetivo geral e os objetivos específicos. Nessa parte também são descritos os procedimentos metodológicos adotados e o quadro de amostra composto por 10 artigos selecionados, organizados segundo periódico, ano de publicação, autores, título do estudo e síntese dos principais resultados. Essa estrutura inicial oferece a base para compreender a relevância e os limites da investigação, assim como a fundamentação científica do estudo.

A segunda seção trata da Contextualização histórica da linha de cuidado diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde – SUS. Nela, exploramos o processo de inserção e consolidação dessa estratégia nas políticas públicas de saúde no Brasil. Destaca-se a evolução desde o cuidado fragmentado até a proposição de uma abordagem integrada, especialmente após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os Cadernos de Atenção Básica voltados às doenças crônicas. A análise crítica realizada evidencia que, embora o desenho normativo esteja consolidado, sua implementação ainda encontra barreiras ligadas à governança, financiamento e uso de sistemas de informação.

A terceira seção é dedicada às Características e benefícios da linha de cuidado como estratégia de atenção à saúde. Aqui, buscou-se evidenciar as vantagens desse modelo, como a integralidade, a longitudinalidade, a eficiência econômica e o protagonismo do paciente por meio do autocuidado apoiado. A revisão mostrou que, ao articular equipes multiprofissionais e valorizar fatores clínicos, sociais e comportamentais, a linha de cuidado favorece tanto os pacientes quanto o sistema de saúde. Contudo, a análise crítica também apontou desigualdades regionais e fragilidades na institucionalização dessas práticas, o que limita a plena concretização dos benefícios esperados.

A quarta seção corresponde aos Desafios para a implementação da linha de cuidado na atenção básica. Essa parte traz a discussão sobre as barreiras mais relevantes identificadas na literatura, como a fragilidade da integração entre os níveis de atenção, a sobrecarga da atenção básica, a insuficiência de capacitação interprofissional e a dificuldade de engajar pacientes e famílias em práticas de autocuidado. A seção também ressalta a importância de superar

desigualdades regionais e de investir em tecnologias de informação e monitoramento, a fim de garantir maior resolutividade e equidade na atenção em saúde.

A quinta e última seção apresenta as Considerações Finais, nas quais são retomados os pontos centrais do estudo. Reforça-se a importância da linha de cuidado em diabetes mellitus como estratégia essencial para a atenção básica, não apenas pelo manejo clínico da doença, mas pela promoção de práticas preventivas, educativas e integradoras. Destaca-se ainda que a efetividade da linha de cuidado depende da disponibilidade de recursos, de equipes qualificadas, de políticas públicas consistentes e da articulação entre os diferentes níveis de atenção. Como perspectivas futuras, são sugeridas novas pesquisas sobre impacto em longo prazo, estudos de custo-efetividade e a incorporação de tecnologias digitais como ferramentas de apoio ao cuidado.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Antes da institucionalização das linhas de cuidado, o acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus no SUS era fragmentado, centrado no tratamento de complicações e com pouca integração entre os níveis de atenção. Com a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, e sua consolidação por meio da Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu-se um novo modelo assistencial voltado à integralidade, continuidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2011). Essa mudança marcou a transição de um modelo curativo para um cuidado contínuo e integrado, no qual a linha de cuidado em diabetes mellitus se tornou eixo estratégico da atenção básica e da rede de atenção à saúde.

O Quadro 1, apresentado na seção anterior, sintetiza a produção científica analisada sobre a linha de cuidado em diabetes mellitus no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo publicações entre 2010 e 2022. Essa amostra, composta por dez estudos nacionais, evidencia a evolução conceitual e prática dessa estratégia ao longo do tempo, destacando avanços, desafios e lacunas na sua implementação (Quadro 1, elaborado pela autora, 2022).

Os artigos abordam desde aspectos operacionais, como fluxos de referência e uso de sistemas de informação, até dimensões mais amplas, como integralidade, equidade e participação do paciente no cuidado. Essa base empírica oferece subsídios para compreender o percurso histórico e a consolidação da linha de cuidado em diabetes mellitus no SUS, que será explorada a seguir (Quadro 1, elaborado pela autora, 2022).

A linha de cuidado em diabetes mellitus é uma estratégia de atenção à saúde que busca integrar as diferentes etapas do cuidado, desde a prevenção até o tratamento e o acompanhamento, de forma coordenada e com base em evidências científicas. Essa abordagem tem se mostrado eficaz no controle da doença e na redução de suas complicações, tornando-se uma das principais estratégias adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2018).

A implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus no SUS é um processo relativamente recente. Até a década de 1990, o tratamento da diabetes era fragmentado e muitas vezes ineficiente, com baixa adesão dos pacientes ao

tratamento e elevado índice de complicações associadas à doença. Foi somente a partir dos anos 2000 que se iniciaram as discussões sobre a necessidade de uma abordagem mais integrada e sistêmica para o cuidado da diabetes mellitus (BRASIL, 2013).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve como um de seus objetivos o fortalecimento da atenção básica à saúde no país. A PNAB definiu diretrizes para a organização da atenção básica em saúde, incluindo a criação de linhas de cuidado para doenças crônicas como a diabetes mellitus (BRASIL, 2010).

A partir de então, foram desenvolvidos diversos programas e ações no âmbito do SUS voltados para a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus. Entre eles, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como objetivo incentivar a adoção de práticas e estratégias de cuidado baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2010).

Além disso, foram criados protocolos e diretrizes clínicas para o cuidado da diabetes mellitus, como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Mellitus, que estabelece diretrizes para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença no SUS (KLAFKE, 2014).

Nos últimos anos, a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus no SUS tem avançado expressivamente, com a ampliação do acesso a medicamentos, insumos e tecnologias para o cuidado da doença, além do fortalecimento da capacitação dos profissionais de saúde e do envolvimento dos pacientes e suas famílias no cuidado da doença (KLAFKE, 2014).

A construção histórica da Linha de Cuidado (LC) para Diabetes Mellitus no SUS combina avanços normativos com implementação desigual na prática. Enquanto o marco normativo, PNAB, Portarias de organização em rede e os Cadernos de Atenção Básica para doenças crônicas, delineou um modelo centrado na atenção primária, longitudinalidade e integração em rede, a revisão bibliográfica realizada revela que esses princípios frequentemente não se traduzem integralmente em resultados assistenciais consistentes (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Metodologicamente, a própria revisão apresenta limitações que influenciam a interpretação dos achados: predominância de estudos descritivos e

qualitativos, poucos estudos longitudinais ou quase experimentais, e concentração geográfica das pesquisas nas regiões Sul/Sudeste. Essas características reduzem a capacidade de inferir causalidade entre a implementação de linha de cuidados e melhorias em desfechos clínicos. Portanto, qualquer afirmação sobre “efetividade” fundamentada apenas nesta amostra deve ser feita com cautela (Venancio *et al.*, 2016; Silveira *et al.*, 2010).

Os achados empíricos convergem em identificar avanços operacionais relevantes: maior oferta de medicamentos, ações educativas estruturadas e tentativas de formalizar fluxos de referência. Contudo, esses ganhos coexistem com fragilidades concretas, sub registro em sistemas, baixa adesão a protocolos clínicos locais, falhas em referência/contrarreferência e recursos humanos insuficientes ou com baixa formação. Esse contraste evidencia um gargalo entre “prescrição normativa”, que as diretrizes indicam e “realidade implementada”, que os estudos locais observam (Malta *et al.*, 2022; Venancio *et al.*, 2016).

Comparando resultados dos artigos selecionados com a literatura de referência do Ministério da Saúde), percebe-se uma harmonia conceitual, ambos defendem atenção integral, coordenação pela APS e educação em autocuidado, mas divergência na operacionalização (BRASIL, 2013; Venancio *et al.*, 2016).

As diretrizes assumem estruturas mínimas (equipes com atribuições definidas, registros sistemáticos, mecanismos de monitoramento), enquanto os estudos disponibilizam evidência de que muitas dessas estruturas não estão plenamente implementadas nas UBS. A consonância entre diretriz e evidência existe em nível conceitual, uma vez que em nível de implantação, as limitações logísticas, de governança e de financiamento tornam a efetivação incompleta (BRASIL, 2013; Venancio *et al.*, 2016).

Um ponto crítico identificado é o papel dos sistemas de informação. Embora sistemas e outros instrumentos de vigilância tenham sido criados para sustentar a linha de cuidado, os estudos mostram subutilização e registros incompletos, comprometendo planejamento local, estratificação de risco e avaliação de desempenho. A literatura mais ampla reforça que prontuário eletrônico e interoperabilidade são pré-requisitos para monitoramento contínuo e para intervenções de qualidade, uma lacuna que, se não preenchida, limita a capacidade do SUS de responder de forma proativa às necessidades da população com diabetes (Venancio *et al.*, 2016; Silveira *et al.*, 2010).

No que tange às equipes multiprofissionais, os estudos selecionados apontam benefícios claros, como: melhor adesão, educação em grupo e atenção ao pé diabético, mas documentam distribuição desigual desses profissionais e falta de capacitação continuada. As diretrizes recomendam práticas matriciais e educação permanente, entretanto, muitas vezes existe mais como princípio do que como prática institucionalizada, exigindo investimento em formação, supervisão e redistribuição de recursos humanos (Borges; Lacerda, 2018; Malfatti; Assunção, 2011).

Outro achado recorrente é a desigualdade regional e social: a carga da doença e o acesso aos serviços variam segundo região, renda, escolaridade e raça/cor. Enquanto políticas nacionais definem objetivos universais, os estudos apontam que sem estratégias de focalização e ações afirmativas a linha de cuidado corre o risco de reproduzir ou ampliar desigualdades já existentes, um alerta para que políticas que parecem neutras em termos de cobertura sejam temperadas por medidas de equidade na prática (Costa *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2022).

Quanto às inovações tecnológicas, como: telemedicina, monitoramento remoto e aplicativos, a revisão identificou iniciativas promissoras, mas com evidências de efetividade ainda limitadas no contexto SUS. A literatura internacional indica potencial de ampliação de acesso e adesão, porém ressalta riscos de aumento das desigualdades digitais se infraestrutura e alfabetização não forem garantidas, questão relevante para o Brasil, dadas as assimetrias regionais (Borges; Lacerda, 2018).

Em termos de avaliação de impacto e economicidade, há escassez de estudos que quantifiquem ganhos em saúde ou demonstrem custo-efetividade da linha de cuidado em larga escala. A literatura recomenda desenvolver agendas de pesquisa que produzam evidências robustas como: estudos longitudinais, análises de custo-efetividade e avaliações de implementação para justificar alocação de recursos e orientar escalonamento (Borges; Lacerda, 2018).

Assim, a linha de cuidado para diabetes no SUS é uma política bem fundamentada normativamente, com ganhos relatados em iniciativas locais, mas enfrenta barreiras estruturais e de governança que comprometem sua efetividade em escala. Para avançar é necessário: alinhar financiamento e incentivos à qualidade; investir em sistemas de informação interoperáveis; fortalecer a atenção primária com equipes multiprofissionais e educação permanente; desenvolver

indicadores mínimos e rotinas de avaliação; priorizar ações de equidade territorial. Essas medidas alinham o que a literatura empírica identifica como gargalos com o que as diretrizes ministeriais preconizam, oferecendo um caminho pragmático para reduzir o hiato entre política e prática (BRASIL, 2013; Venancio *et al.*, 2016; Malta *et al.*, 2022).

3 CARACTERÍSTICAS E BENEFÍCIOS DA LINHA DE CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A linha de cuidado em diabetes mellitus é uma estratégia de atenção à saúde que tem como objetivo integrar as diferentes etapas do cuidado, desde a prevenção até o tratamento e o acompanhamento, de forma coordenada e com base em evidências científicas. Essa abordagem tem se mostrado eficaz no controle da doença e na redução de suas complicações, tornando-se uma das principais estratégias adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Malta; Merthy, 2010)

Uma das principais vantagens da linha de cuidado em diabetes mellitus é a possibilidade de oferecer um cuidado mais abrangente e personalizado aos pacientes, que são acompanhados por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. Essa equipe trabalha em conjunto para oferecer um cuidado integral, que considera não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os fatores sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam na saúde dos pacientes (Meireles, 2013).

Outra vantagem da linha de cuidado em diabetes mellitus é a possibilidade de oferecer um cuidado mais eficiente e econômico, com a redução do número de internações e complicações associadas à doença. Isso ocorre porque a abordagem integrada e coordenada permite uma detecção precoce de eventuais complicações e uma intervenção mais rápida e eficaz para controlá-las (Mendes, 2010).

A linha de cuidado também se destaca por favorecer a longitudinalidade do atendimento, assegurando que o paciente com diabetes mellitus seja acompanhado de forma contínua ao longo do tempo. Esse acompanhamento possibilita ajustes terapêuticos individualizados, monitoramento das metas de controle glicêmico e suporte educacional permanente, fatores que contribuem para o fortalecimento do vínculo entre paciente e equipe de saúde. Além disso, a coordenação do cuidado promove maior integração entre os diferentes níveis de atenção, ampliando a resolutividade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Venancio, 2016).

Outro benefício relevante é a valorização do protagonismo do paciente no processo de cuidado. Por meio de ações de educação em saúde, a linha de cuidado busca estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento, capacitando o indivíduo para lidar com os desafios da doença crônica. Essa estratégia contribui não apenas para o controle clínico, mas também para a melhora do bem-estar psicológico e social dos pacientes, reduzindo o impacto da doença em suas atividades diárias (Evangelista *et al.*, 2019).

A linha de cuidado em diabetes mellitus apresenta impacto positivo na gestão do sistema de saúde, uma vez que a redução das complicações graves diminui a necessidade de procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares. Tal resultado gera economia para o sistema, permitindo a realocação de recursos em ações preventivas e de promoção da saúde. Dessa forma, a linha de cuidado configura-se como uma estratégia custo-efetiva, que além de beneficiar diretamente o paciente, fortalece a sustentabilidade do SUS e a equidade no acesso ao cuidado em saúde (Costa *et al.*, 2017).

A linha de cuidado em diabetes mellitus se insere como um arranjo organizacional inovador no Sistema Único de Saúde (SUS), pois busca articular ações fragmentadas em um fluxo contínuo de cuidado. A literatura revisada mostra convergência no reconhecimento da linha de cuidado como instrumento de reorganização da atenção às doenças crônicas, mas também evidencia desafios quanto à sua efetiva operacionalização (Malta; Merthy, 2010; Meireles, 2013).

Um dos principais benefícios apontados é a integralidade da atenção, proporcionada pelo trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Ao incluir médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, a linha de cuidado assegura que o cuidado não se restrinja ao controle glicêmico, mas aborde determinantes sociais e fatores comportamentais (Meireles, 2013; Venancio, 2016).

A revisão bibliográfica mostrou que esse modelo favorece a adesão e promove resultados clínicos mais consistentes, sobretudo quando comparado a modelos fragmentados. Contudo, estudos apontam desigualdade na disponibilidade desses profissionais em diferentes regiões, o que limita a equidade no acesso a tais benefícios (Meireles, 2013; Venancio, 2016).

Outro ponto central é a eficiência econômica, Mendes (2010) destaca a capacidade da linha de cuidado de reduzir custos por meio da prevenção de complicações graves, diminuindo internações hospitalares e procedimentos de

alta complexidade. A literatura analisada reforça esse achado, mas ressalta a escassez de avaliações econômicas sistemáticas que comprovem custo-efetividade em larga escala. Assim, embora o potencial de racionalização de recursos seja reconhecido, ainda é necessário maior investimento em estudos que demonstrem impacto financeiro concreto no âmbito do SUS (Mendes, 2010; Costa *et al.*, 2017).

A longitudinalidade, outro atributo essencial da linha de cuidado, reforça o acompanhamento contínuo do paciente e possibilita ajustes terapêuticos individualizados. A revisão identificou que serviços que mantêm vínculo longitudinal apresentam melhores indicadores de controle glicêmico e prevenção de complicações. Entretanto, nem todas as regiões do país conseguem garantir tal continuidade, em razão da alta rotatividade de profissionais e da fragmentação da rede. Assim, apesar de reconhecido como benefício, a longitudinalidade permanece como desafio estrutural e organizacional para muitas equipes de atenção primária (Venancio, 2016; Evangelista *et al.*, 2019).

A promoção do protagonismo do paciente constitui um diferencial da linha de cuidado, que enfatiza o autocuidado apoiado como eixo da atenção crônica. A educação em saúde aparece como estratégia essencial para empoderar indivíduos, favorecendo adesão ao tratamento, autonomia e melhor qualidade de vida. Os estudos revisados confirmam ganhos nesse aspecto, mas também revelam que tais ações ainda são implementadas de forma heterogênea, muitas vezes dependentes do engajamento de profissionais específicos em vez de configurarem práticas institucionalizadas. Essa limitação compromete a sustentabilidade do protagonismo do paciente a longo prazo (Evangelista *et al.*, 2019).

No plano sistêmico, a linha de cuidado contribui para a sustentabilidade do SUS ao gerar economia indireta por meio da redução de complicações e da menor demanda por serviços de alta complexidade. Costa *et al.* (2017) reforçam que a reorientação dos recursos poupados para ações de prevenção e promoção pode aumentar a equidade do sistema. Entretanto, a revisão mostra que a incorporação de mecanismos de monitoramento e avaliação ainda é incipiente, o que dificulta comprovar, com base em dados consolidados, os reais benefícios econômicos e sociais gerados pela linha de cuidado (Costa *et al.*, 2017).

Os benefícios da linha de cuidado em diabetes mellitus são claros e reconhecidos pela literatura e pelas diretrizes nacionais: integralidade, eficiência, longitudinalidade, protagonismo do paciente e racionalidade no uso de recursos. No

entanto, a análise crítica dos achados mostra que tais benefícios ainda não são plenamente alcançados em todo o país, em razão de desigualdades regionais, fragilidades na estrutura das equipes, rotatividade profissional e ausência de mecanismos sistemáticos de avaliação (Malta; Merthy, 2010; Mendes, 2010; Meireles, 2013; Venancio, 2016; Evangelista *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017).

Portanto, a linha de cuidado deve ser entendida não apenas como um modelo conceitual, mas como um processo em construção, que demanda investimentos, monitoramento e ajustes permanentes para garantir que os benefícios preconizados sejam efetivamente traduzidos em resultados concretos para os pacientes e para o SUS (Malta; Merthy, 2010; Mendes, 2010; Meireles, 2013; Venancio, 2016; Evangelista *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017).

4 DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

A implantação da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica é estratégica para o cuidado integral e contínuo, mas sua efetivação exige mudanças organizacionais e o engajamento de profissionais, gestores, pacientes e familiares. Assim, torna-se essencial compreender os desafios que envolvem sua implementação para consolidar um modelo de atenção mais resolutivo e equitativo (Veras; Oliveira, 2016).

No entanto, apesar das vantagens da linha de cuidado em diabetes mellitus, sua implementação ainda enfrenta desafios significativos. Um dos principais desafios é a necessidade de uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente entre a atenção básica e a atenção especializada. Isso requer uma maior articulação entre as equipes de saúde e uma melhor organização dos serviços de saúde, com o uso de tecnologias e sistemas de informação que possibilitem uma comunicação mais efetiva entre os profissionais de saúde (Venancio, 2016).

Outro desafio é a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais de saúde para a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus. Isso requer não apenas uma formação técnica adequada, mas também habilidades de comunicação, empatia e escuta ativa, que permitam uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente (Veras; Oliveira, 2016).

Além disso, a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus requer uma maior participação dos pacientes e suas famílias no cuidado da doença, o que implica em uma maior educação em saúde e em mudanças de comportamento. Isso requer a adoção de estratégias de educação em saúde que sejam acessíveis, efetivas e adaptadas às necessidades dos pacientes (Veras; Oliveira, 2016).

Em resumo, a linha de cuidado em diabetes mellitus é uma estratégia de atenção à saúde que tem se mostrado eficaz no controle da doença e na redução de suas complicações. No entanto, sua implementação ainda enfrenta desafios significativos, que exigem uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, uma maior capacitação dos profissionais de saúde e uma maior participação dos pacientes e suas famílias no cuidado da doença (Santos, 2012).

A linha de cuidado em diabetes mellitus tem se mostrado uma estratégia eficaz na atenção básica à saúde. Isso se deve à sua abordagem integrada e coordenada, que permite uma oferta de cuidados mais personalizada e eficiente aos pacientes. Essa abordagem considera não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os fatores sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam na saúde dos pacientes (Andrade, 2019).

Na atenção básica à saúde, a linha de cuidado em diabetes mellitus é implementada por meio de equipes multidisciplinares, que contam com profissionais de saúde de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. Essas equipes trabalham em conjunto para oferecer um cuidado integral, que abrange desde a prevenção até o tratamento e o acompanhamento da doença (Borges; Lacerda, 2018).

Na prevenção do diabetes mellitus, a linha de cuidado inclui a realização de campanhas de conscientização sobre os fatores de risco e a promoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática regular de atividade física e a adoção de uma dieta equilibrada. Na detecção precoce da doença, a linha de cuidado inclui a realização de exames de rastreamento em pessoas com fatores de risco, como obesidade, sedentarismo e histórico familiar da doença (BRASIL, 2013).

No tratamento do diabetes mellitus, a linha de cuidado inclui o uso de medicamentos, quando necessário, além de orientações sobre a alimentação e a prática de atividade física. Além disso, a linha de cuidado também oferece suporte psicológico e emocional aos pacientes, visando o seu bem-estar geral e o controle dos fatores de estresse que podem agravar a doença (BRASIL, 2013).

No acompanhamento da doença, a linha de cuidado em diabetes mellitus inclui a realização de consultas regulares com a equipe multidisciplinar, para avaliar o controle da doença e a necessidade de ajustes no tratamento. Além disso, a linha de cuidado também oferece suporte educacional aos pacientes, para que eles possam compreender melhor a doença e o seu tratamento, além de receber orientações sobre como lidar com eventuais complicações (Costa, 2017).

Um dos principais benefícios da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica à saúde é a redução de complicações associadas à doença, como problemas cardiovasculares, neuropatias e retinopatias. Isso ocorre porque a abordagem integrada e coordenada permite uma detecção precoce de eventuais complicações e uma intervenção mais rápida e eficaz para controlá-las.

(Evangelista, *et al.*, 2019).

No entanto, a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica à saúde ainda enfrenta desafios significativos, como a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais de saúde, especialmente em relação à abordagem multidisciplinar e à educação em saúde dos pacientes. Além disso, a implementação da linha de cuidado também exige uma maior articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, para que o cuidado dos pacientes seja mais integrado e coordenado (Gomes *et al.*, 2012).

A implantação da linha de cuidado em diabetes mellitus (DM) na atenção básica configura-se como eixo central para reorganizar o cuidado crônico no SUS, uma vez que este nível de atenção é o responsável pela coordenação e pela longitudinalidade do cuidado. Contudo, a revisão bibliográfica e a literatura mais ampla demonstram que os desafios de implementação extrapolam questões técnicas e envolvem aspectos estruturais, organizacionais e socioculturais (Veras; Oliveira, 2016; Venancio, 2016).

Um dos principais desafios é a integração entre os diferentes níveis de atenção. Apesar de as diretrizes ministeriais estabelecerem fluxos de referência e contrarreferência, os estudos mostram que, na prática, tais fluxos são frágeis, resultando em atrasos, descontinuidade e até abandono do acompanhamento. A ausência de sistemas de informação interoperáveis agrava esse cenário, dificultando o acompanhamento do paciente ao longo da rede (Venancio, 2016; BRASIL, 2013).

Portanto, a efetividade da linha de cuidado depende não apenas da criação de protocolos, mas da existência de ferramentas tecnológicas e de mecanismos institucionais de governança que assegurem a comunicação entre os pontos de atenção (Venancio, 2016; BRASIL, 2013).

Outro desafio é a capacitação dos profissionais de saúde. A linha de cuidado pressupõe uma atuação multiprofissional e centrada no usuário, mas a literatura evidencia lacunas na formação e na educação permanente, com predomínio de práticas biomédicas e baixa valorização das competências relacionais (como empatia, escuta e comunicação) (Veras; Oliveira, 2016; Borges; Lacerda, 2018).

Essa limitação compromete a humanização do cuidado e a adesão dos pacientes. Assim, investir em educação permanente interprofissional é condição

para que a linha de cuidado deixe de ser apenas um conceito normativo e se torne prática cotidiana (Veras; Oliveira, 2016; Borges; Lacerda, 2018).

A participação ativa dos pacientes e familiares também emerge como um ponto crítico. Embora a literatura reconheça o autocuidado apoiado como pilar da atenção crônica, os estudos mostram que as ações educativas ainda são fragmentadas e, muitas vezes, dependentes da iniciativa individual de profissionais engajados. Essa situação reforça a necessidade de transformar a educação em saúde em rotina estruturada e culturalmente adaptada, em vez de iniciativas pontuais. Ademais, barreiras socioculturais e econômicas limitam a adoção de hábitos saudáveis, evidenciando que a linha de cuidado precisa dialogar com políticas intersetoriais, como segurança alimentar, lazer e educação (Veras; Oliveira, 2016; Evangelista *et al.*, 2019).

Outro aspecto que se destaca nos achados é a sobrecarga da atenção básica. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), já responsáveis por múltiplas demandas, encontram dificuldades para implementar plenamente a linha de cuidado devido às limitações de tempo, recursos humanos e infraestrutura. Assim, ainda que o modelo multiprofissional seja reconhecido como ideal, sua consolidação depende de ampliar a cobertura da ESF e garantir condições adequadas de trabalho (Andrade, 2019; Costa, 2017).

A desigualdade regional também aparece como um desafio estrutural em que regiões mais desenvolvidas apresentam melhores condições para implementar a linha de cuidado, enquanto áreas periféricas, rurais e do Norte/Nordeste enfrentam carências de profissionais, dificuldades de acesso e menor disponibilidade de serviços especializados. Essa disparidade compromete a equidade do cuidado e demonstra a necessidade de políticas diferenciadas e de incentivos específicos para territórios vulneráveis (Costa, 2017; Gomes *et al.*, 2012).

Do ponto de vista crítico, é importante reconhecer que a linha de cuidado não é apenas uma questão técnica ou organizacional, mas também política e cultural. Sua implementação depende de vontade política, financiamento sustentável e engajamento dos atores locais. Muitos estudos relatam experiências bem-sucedidas em municípios ou regiões, mas a falta de institucionalização e de monitoramento sistemático dificulta sua consolidação em escala nacional (Veras; Oliveira, 2016; Venancio, 2016).

Assim, os principais desafios identificados para a implementação da linha de cuidado em diabetes mellitus na atenção básica incluem: fragilidade da integração entre níveis de atenção e dos sistemas de informação; necessidade de capacitação interprofissional e valorização de competências relacionais; baixa institucionalização das ações de educação em saúde e do autocuidado apoiado; sobrecarga e sub financiamento da atenção básica; desigualdades regionais e sociais; ausência de mecanismos consistentes de monitoramento e avaliação (Malta; Merthy, 2010; Borges; Lacerda, 2018; Evangelista *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2012).

Esses desafios, amplamente reconhecidos na literatura, indicam que a efetividade da linha de cuidado depende de mudanças estruturais e da articulação entre políticas setoriais, profissionais de saúde, pacientes e comunidade (Malta; Merthy, 2010; Borges; Lacerda, 2018; Evangelista *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica à saúde é a porta de entrada do sistema de saúde para a maioria das pessoas. A estratégia de linha de cuidado é uma abordagem sistemática que visa fornecer cuidados contínuos e coordenados para pacientes com doenças crônicas, como diabetes mellitus, ao longo de toda a sua vida.

Em seguida, a equipe de saúde realiza avaliações regulares dos pacientes para monitorar seu estado de saúde e prevenir ou tratar complicações. Os pacientes com diabetes mellitus são incentivados a participar de programas de educação em saúde para aprender sobre a doença, os cuidados com a saúde e a importância do autocuidado.

Os pacientes com diabetes mellitus também recebem orientações nutricionais personalizadas, com o objetivo de promover uma dieta saudável e equilibrada. A equipe de saúde trabalha em conjunto com os pacientes para estabelecer metas individuais para o controle do diabetes mellitus, como manter os níveis glicêmicos dentro da faixa normal, reduzir o risco de complicações e melhorar a qualidade de vida.

A linha de cuidado para diabetes mellitus é uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade do atendimento em saúde e reduzir os custos do sistema de saúde a longo prazo. Com uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, a linha de cuidado pode ajudar a prevenir complicações graves e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com diabetes mellitus.

No entanto, a implementação da linha de cuidado requer a disponibilidade de recursos adequados, incluindo equipes de saúde bem treinadas, equipamentos e suprimentos médicos e acesso a medicamentos e tecnologias avançadas de saúde. Também é necessário um sistema de saúde bem estruturado, com políticas e regulamentações claras que apoiem a implementação da linha de cuidado.

Retomando a questão norteadora “como o gerenciamento da linha de cuidado em diabetes mellitus se configura como estratégia de atenção básica à saúde, e quais são suas principais características, benefícios, desafios e embasamento científico?”, este trabalho demonstrou que a linha de cuidado se apresenta como uma proposta integrada, fundamentada em políticas públicas e

evidências científicas, que possibilita a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a eficiência do sistema de saúde.

A análise dos artigos apresentados no Quadro 1 evidenciou avanços e desafios na consolidação da linha de cuidado em diabetes mellitus no SUS, destacando o aprimoramento da coordenação do cuidado e a ampliação da integralidade, mas também a persistência de lacunas estruturais e de capacitação profissional. Essa leitura crítica reforça que a linha de cuidado deve ser compreendida como um processo dinâmico, em constante aperfeiçoamento, essencial para fortalecer a atenção básica e promover um cuidado mais equitativo e humanizado.

A partir da análise realizada, percebo que, embora a literatura aponte avanços expressivos na organização das redes de atenção e na qualificação dos profissionais, ainda há uma distância significativa entre o que é preconizado nas políticas públicas e o que se efetiva na prática cotidiana dos serviços. Essa constatação revela que o desafio da integralidade do cuidado vai além da estrutura normativa: envolve também mudanças culturais, educacionais e de gestão, que precisam ser incorporadas de forma contínua no cotidiano das equipes de saúde.

Com base nos dados revisados, considero que a efetividade da linha de cuidado depende não apenas de protocolos e fluxos bem definidos, mas também do fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, da valorização do autocuidado e da integração entre os níveis de atenção. Essa análise permite afirmar que o sucesso dessa estratégia está diretamente relacionado à capacidade do sistema de saúde em se adaptar às realidades locais, promovendo práticas colaborativas e centradas no paciente.

Na contextualização histórica, evidenciou-se que a inserção da linha de cuidado no SUS ocorreu de forma gradual, consolidando-se como uma diretriz estratégica após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Nos benefícios, ressaltou-se a redução de complicações, a maior eficiência do cuidado, a integralidade e a personalização do atendimento. Já nos desafios, foram identificados aspectos como a necessidade de maior capacitação profissional, integração dos níveis de atenção e engajamento dos pacientes no autocuidado.

Em resumo, a linha de cuidado para diabetes mellitus desempenha um papel crucial na atenção básica à saúde. Por meio de uma abordagem

multidisciplinar e centrada no paciente, essa estratégia busca aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos com diabetes mellitus e reduzir os custos a longo prazo no sistema de saúde. No entanto, é importante ressaltar que a implementação bem-sucedida da linha de cuidado requer a disponibilidade de recursos adequados e um sistema de saúde bem estruturado, que ofereça suporte às equipes de saúde e estabeleça políticas claras.

Reforça-se, portanto, a importância da linha de cuidado em diabetes mellitus como uma estratégia fundamental para a atenção básica, uma vez que possibilita não apenas o manejo clínico adequado, mas também a promoção de práticas preventivas, educativas e integradoras, que tornam o cuidado mais efetivo e humanizado.

Como caminhos futuros, sugere-se o aprofundamento de pesquisas sobre a efetividade da linha de cuidado em diferentes regiões do Brasil, a avaliação de indicadores de impacto em longo prazo e a investigação de estratégias inovadoras de educação em saúde e uso de tecnologias digitais no acompanhamento dos pacientes.

Além disso, recomenda-se que gestores e formuladores de políticas invistam em recursos, capacitação contínua e maior articulação entre os níveis de atenção, a fim de superar os desafios identificados e garantir a consolidação dessa estratégia no SUS.

Nesse contexto, os resultados deste trabalho contribuem para fortalecer a compreensão do gerenciamento da linha de cuidado em diabetes mellitus como estratégia de atenção básica à saúde, enfatizando sua relevância como uma ação efetiva.

Ao destacar os benefícios e desafios dessa abordagem, espera-se que este estudo ofereça subsídios para aprimorar as práticas de cuidado, ampliar a efetividade das políticas públicas e promover melhores resultados de saúde para os pacientes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Belo Horizonte, v. 36, p. 1-21, 2019.
- BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, jan./mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, n. 36, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado*. *Diário Oficial da União*, Brasília, 01 abr. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 05 mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 06 mai. 2023.
- BRASIL. Secretaria da Saúde. *Linha de cuidado diabetes mellitus: manual de orientação clínica*. Organizado por Fátima Palmeira Bombarda, Fabiana da Mota Peroni e Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. São Paulo: SES/SP, 2018.
- COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00197915, 2017.

EIDE, L. P. et al. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.

GOMES, M. et al. Diferenças regionais no cuidado clínico entre pacientes com diabetes tipo 1 no Brasil: Grupo de estudo brasileiro em diabetes tipo 1. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, Londres, v. 4, n. 44, 2012.

KLAFKE, A. et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 455-462, 2014.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MALTA, D. C. et al. Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, supl. 1, e2021382, 2022.

MALTA, D. C.; MERTHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. *Interface (Botucatu)* [Internet], Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6m3t9W9Zz4P7FJdF3kHhBHv/>. Acesso em: 31 ago. 2023.

MEIRELES, L. A. et al. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Autêntica Editora, 2013.

MENDES, A. B. et al. Prevalência e correlatos de controle glicêmico inadequado: resultados de uma pesquisa nacional com 6.671 adultos com diabetes no Brasil. **Acta Diabetologica**, Roma, v. 47, p. 137-145, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção básica à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde Pública; Organização Mundial da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019.

PORTELA, R. A. et al. Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 4, 2022.

SANTOS, A. S. Concepções sobre linhas de cuidado. In: SANTOS, Álvaro da Silva; CUBAS, Márcia Regina (org.). **Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 25-40.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S29-S36, 2003.

SCHEFFEL, D. L. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263-267, 2004.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016.

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**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

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**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, 2016.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.