

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

André Fernandes Ramos

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS AO DIABETES *MELLITUS* NO
BRASIL – UMA REVISÃO**

**Porto Alegre
2021**

André Fernandes Ramos

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS AO DIABETES *MELLITUS* NO
BRASIL – UMA REVISÃO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Ramos, André Fernandes
Políticas Públicas Relacionados ao Diabetes Mellitus no Brasil –
Uma Revisão / André Fernandes Ramos – 2021.
46 f
Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin.
Trabalho de conclusão de curso (Especialização) –
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de
Medicina, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR – RS, 2021.
1. Diabetes Mellitus. 2. Doenças Não Transmissíveis. 3. Gestão
em Saúde. 4. Política de Saúde.
I. Bordin, Ronaldo oriente. II. Políticas Públicas Relacionados ao
Diabetes Mellitus no Brasil – Uma Revisão.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

André Fernandes Ramos

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS AO DIABETES *MELLITUS* NO
BRASIL – UMA REVISÃO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 16 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Patricia Silva da Silva

Examinador(a): Fernanda dos Santos Fernandes

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

RESUMO

Introdução: O Diabetes *Mellitus* (DM) é o terceiro fator, em ordem de importância, de mortalidade prematura. Políticas públicas voltadas a atenção ao diabético no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são relativamente recentes.

Objetivo: Realizar uma revisão da produção científica existente no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/LILACS) quanto ao tema “políticas públicas voltadas à atenção do diabético no Brasil” a partir da Constituição Federal, e sistematizar os textos segundo autoria, ano e periódico de publicação, objetivo e resultados encontrados. Dos 249 estudos encontrados, 17 foram selecionados para compor esta revisão. Também foi realizado uma pesquisa documental nas leis que se referem a políticas públicas relacionadas a atenção ao diabetes a partir de 1988, totalizando 29 políticas.

Resultados: Dos 17 estudos, 10 revisaram uma ou mais políticas públicas relacionadas ao DM; 7 avaliaram a morbidade e/ou complicações associadas ao DM e estão relacionados indiretamente a políticas públicas. Quatro artigos foram publicados em 2019 e nenhum artigo selecionado foi publicado nos primeiros 18 anos pós CRFB-88 (1988-2006). Houve uma dispersão de autoria, no entanto, 4 autores estiveram presentes em dois artigos.

Conclusão: Os 17 artigos revisados revelaram a complexidade e a importância das políticas públicas para o controle da Diabetes *Mellitus* no Brasil.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Doenças Não Transmissíveis. Gestão em Saúde. Política de Saúde.

PUBLIC POLICIES RELATED TO DIABETES MELLITUS IN BRAZIL - A REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is the third factor, in importance order, of premature mortality. Public policies for diabetic care within the scope of the Unified Health System (SUS) are relatively recent.

Objective: review the scientific production on the Virtual Health Library portal (BVS/LILIACS) from the Federal Constitution, inserting the theme "public policies aimed at diabetic care in Brazil". Systematize the texts according to authorship, year and journal of publication, objective and results found. 249 studies were found, and 17 were selected to compose this review. Also, was realized a research on the public policies laws related to diabetes care from 1988 onwards, totaling 29 public policies.

Results: Of the 17 studies, 10 reviewed one or more public policies related to DM; 7 analyse the morbidity and/or complications associated with DM and are indirectly related to public policies. Four articles were published in 2019 and no one article selected was published in the first 18 years after CRFB-88 (1988-2006). There was a dispersion of authorship; however, 4 authors were present in two articles.

Conclusion: The 17 reviewed articles revealed the importance and complexity of public policies for the control of Diabetes *Mellitus* in Brazil.

Keywords: Diabetes *Mellitus*. Health Politics. Health Management. Noncommunicable Diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos incluídos na revisão.	23
-------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade de artigos encontrados no portal da BVS, agrupados em triênio.	31
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais legislações pertinentes ao Diabetes <i>Mellitus</i> no Brasil a partir de 1988	19
Quadro 2 – Artigos incluídos na revisão segundo autoria, ano de publicação, periódico, objetivo e resultados.	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CRFB-88	Constituição Federal de 1988
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LILIACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PLANO DE DANT	Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RENAME	Regulamentada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTO DO ESTUDO	12
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO DIABETES <i>MELLITUS</i>.....	15
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À DIABETES <i>MELLITUS</i>.....	16
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. MÉTODOS	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5. CONCLUSÃO	37
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é o terceiro fator, em ordem de importância, de mortalidade prematura e culmina em diversas doenças secundárias, como problemas cardíacos, problemas oculares e vasculares, perda da função renal, dentre outras, afetando a qualidade de vida e a produtividade destes indivíduos, envolvendo altos custos para manutenção do tratamento e prevenção e/ou tratamento de complicações crônicas e agudas (WHO, 2009).

Há poucos estudos que elucidam fatores políticos capazes de influenciar as políticas públicas de saúde do país, e, também, pouco sobre o impacto dessas decisões para o complexo contexto inserido (GOMEZ, 2020). Assim, faz-se necessário o empenho de lideranças do governo e de gestores de saúde na formulação de políticas que orientem os portadores do DM, bem como diretrizes de atuação dos prestadores de serviços no acompanhamento, tratamento, fornecimento de suprimentos, mediante ações de capacitação, a fim de minimizar os impactos da doença.

Compreender o histórico das políticas públicas relacionadas a atenção ao diabético é fundamental no entendimento do cenário atual, culminando com a aprovação da Lei nº 13.895 de 2019 que institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética.

1.1 CONTEXTO DO ESTUDO

A Constituição Federal de 1988 (CRFB-88), Artigo 196, afirma que a saúde é "um direito de todos e um dever do Estado", vindo a originar o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o Art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASÍL, 1988).

A Constituição Federal estabelece os pilares da universalidade, equidade e integralidade, de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal, e é de fundamental importância na Reforma Sanitária, iniciada na década de 1970, sendo um marco para criação do SUS. O SUS foi instituído através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com os seguintes objetivos:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Esta lei instruiu ao SUS princípios e diretrizes para promoção, recuperação e proteção da saúde e a organização dos serviços pertinentes, orientando as políticas públicas de acesso a medicamentos de forma racional e de qualidade, como proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011).

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil, sendo identificadas, em 2019, 54,7% de mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e 11,5% de mortes por agravos, conforme o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT no Brasil, 2020 (Plano de DANT, 2020).

As DCNT – principalmente doença cardiovascular, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos, determinados pelo acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, acesso à informação, emprego e renda e

possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. Os principais fatores de risco para o adoecimento por DCNT são tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física, que podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, comercialização, consumo e exposição de produtos danosos à saúde (Plano de DANT, 2020).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo:

“Promover a equidade e melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” Plano de DANT, 2021.

Populações com baixo nível socioeconômico são mais vulneráveis às DANT devido principalmente à associação inversa entre a prevalência dos seus fatores de risco e o nível de escolaridade (WHO, 2011). Devido a sua gravidade e ao impacto sobre os sistemas de saúde e a sociedade, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT (2021-2030) no Brasil prevê:

- Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- Redução da prevalência de tabagismo em 30%;
- Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%;
- Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%;
- Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%;
- Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%;
- Aumento Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%.

A gestão de Luiz Inácio "Lula" da Silva (2002-2010) teve papel favorável para estabelecer políticas públicas voltadas ao DM, considerando questões como a pobreza, distribuição de renda, acesso a saúde primária e educação. Foi institucionalizado através do Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Popular, em 2004, ofertando medicamentos de forma gratuita, ou a preços baixos, para

tratamento do diabetes, algumas doenças associadas e outras (Ministério da Saúde, acesso em 15/08/21).

Entra em vigor em 29 de setembro de 2007 a Lei Federal nº 11.347/06, que propõe a distribuição de medicamentos e insumos necessários para aplicação de insulina e ao monitoramento de da glicemia capilar de forma gratuita pelo SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) começa a perder força no governo de Dilma Rousseff (2010-2016), através da aprovação da Lei Complementar nº 141/2012 onde fica estabelecido percentuais mínimos do orçamento para saúde nos estados (12%) e municípios (15%) e mantida a fórmula de cálculo para União centrada na variação do Produto Interno Bruto. Essa situação foi agravada com a rejeição de recursos adicionais de 10% do orçamento federal para saúde pelo Legislativo e Executivo.

Em 2011 foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, através da Lei nº 12.401, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação da tecnologia em saúde, exigindo registro prévio dos medicamentos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, e regulamentada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Foi apresentado em junho de 2013 o Programa Mais Médico, com objetivo de trazer médicos estrangeiros para atuar em cidades do interior, de difícil acesso.

Com a administração de Michel Temer (2016-2018) houve um enfraquecimento com as políticas de austeridade fiscal, agravado com o teto de gastos com Saúde Pública, através da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que “Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.” (BRASIL, 2016).

Houve, também, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sobre a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde devido a incapacidade financeira e propõe planos de saúde populares acessíveis. Também determinada o fechamento das unidades próprias do Programa Farmácia Popular, que previa distribuição de medicamentos para controle do diabetes. Seu sucessor Jair Bolsonaro (2018 - presente), deu continuidade ao enfraquecimento do SUS, com Marcelo Queiroga como Ministro da Saúde, sucessor de Eduardo Pazuello, Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich, onde tivemos

mudanças no Programa Mais Médicos, com a saída de médicos cubanos e havendo dificuldades de médicos brasileiros em ocupar essas vagas. Nessa atual gestão, percebe-se a substituição de cargos técnicos por militares, muitas vezes, sem conhecimento prévio técnicos para ocupá-los, sendo de fundamental importância pois o Ministro da Saúde é responsável por articular ações entre os entes federativos, formular diretrizes e viabilizar ações e serviços de saúde, considerando o período de pandemia por Covid-19.

Conforme Santos *et al.* (2011), a existência da lei não configura a sua praticidade e execução no âmbito da saúde, sendo necessárias condições para que eles sejam exercidos e ressalta a importância da divulgação de informações em veículos de comunicação (rádio, televisão e jornais), como estratégia de propagação dos direitos dos usuários com DM.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO DIABETES MELLITUS

O DM é uma doença metabólica crônica causada pela secreção diminuída ou ausente da insulina e/ou pela diminuição da sensibilidade dos tecidos a mesma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). O diabetes provoca diversas complicações como problemas cardíacos, problemas oculares, perda da função renal, dentre outras. Os sintomas ocorrem como resultados de anormalidades no metabolismo de proteínas, carboidratos e lipídeos, se tornando um grande problema de saúde e que resulta em redução da qualidade de vida e aumento da morbidade (WEI *et al.*, 2000; STEEN *et al.*, 2018). Em 2015 8,8% da população mundial (415 milhões de pessoas) na faixa etária de 20 a 79 anos viviam com diabetes, podendo alcançar 642 milhões na população mundial até 2040 e 23,3 milhões no Brasil (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, mas genericamente são divididos em dois tipos, tipo I e tipo II. Tipo I é caracterizado pela destruição de das células beta que levam a deficiência de insulina. Tipo II caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose.

A combinação de baixo desempenho dos sistemas de saúde, pouca conscientização sobre diabetes entre a população em geral e os profissionais de saúde, e início insidioso dos sintomas que pode progredir ao diabetes *mellitus* tipo 2 promovem complicações, pois muitas vezes não são detectadas e tratadas precocemente. Nesse sentido, são utilizados medicamentos antidiabéticos orais e/ou insulina, com objetivo de diminuir a concentração da glicose livre na corrente sanguínea.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À DIABETES MELLITUS

Atualmente, o SUS é responsável pela principal fonte de obtenção de antidiabéticos orais no Brasil, através de programas de Assistência Farmacêutica, financiando mais de 70% dos medicamentos orais para tratamento de diabetes no país (LEITÃO *et al.*, 2021). A OMS indica que cada país deva estabelecer a relação de medicamentos a ser disponibilizados, assegurando as necessidades terapêuticas da população (WHO, 2002).

São necessárias diretrizes claras que orientem políticas públicas relacionadas à implementação de ações em saúde direcionadas ao público diabético, visando mudanças comportamentais e culturais voltados à prática de atividade física, alimentação saudável, abolição do tabaco e consumo exagerado de bebida alcoólica, levando a menor dependência do tratamento medicamentoso (SANTOS *et al.*, 2011).

Estudos demonstram que os dois medicamentos mais solicitados judicialmente foram a Insulina Glargina e Insulina Aspartame (GOMES *et al.*, 2015; PEPE *et al.*, 2010; CHIEFFI *et al.*, 2017), devido a sua não incorporação no SUS, conforme orientação da Conitec, pela baixa eficácia e alto custo. Com o aumento da população idosa, a tendência é aumentar a utilização desses medicamentos, fazendo aumentar os custos, carecendo por políticas públicas emergentes.

Diversos fatores interferiram para a estruturação das políticas públicas atuais, desde o papel do gestor público municipal ao federal, o apelo da população, diretrizes da Organização Mundial de Saúde e o aumento do número de portadores do DM.

Políticas públicas voltadas a atenção ao diabético no âmbito do SUS são, relativamente, recentes e foram incorporadas com uma visão sistêmica e multidisciplinar somente após a publicação da Constituição Federal de 1988. O financiamento do SUS demandou uma organização para captação de recursos, sendo instituído no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 - 2002) uma Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), originando a Emenda Constitucional 29, de 2000, determinando que os estados repassariam 12% do seu orçamento para saúde e municípios 15%, até o ano de 2004.

Em 2001, foi implementado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *Mellitus*, tendo como objetivo:

“Estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores”. (BRASIL, 2001).

O DM é uma das principais DCNT e impacta na qualidade e expectativa de vida dos portadores, gera impactos econômicos negativos para o poder público, sendo assim, um assunto que requer atenção dos gestores públicos e tomadores de decisões. Nessa perspectiva podemos citar outras políticas públicas que impactaram nos hábitos alimentares da população de baixa renda, a criação do Programa Bolsa Família (2004), auxiliando na prevenção das DCNT, pois ampliou a qualidade dos alimentos consumidos; e a criação do Programa Farmácia Popular (2004), propondo a distribuição a baixo custo ou gratuitamente a população, mas somente em 2006 com promulgação da Lei Federal 11.347 foi garantido acesso integral ao tratamento, medicamentos e insumos aos diabéticos, dando origem a Relação de Medicamentos e Insumos Essenciais (Rename, 2006).

Em 2006 foi aprovada a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualizada, posteriormente pela Portaria nº 2.488/11 GM/MS e teve suas diretrizes revisadas pela Portaria nº 2.436/17. Também teve início o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL), importante na captação de dados para tomada de decisões dos gestores.

As principais políticas públicas relacionadas a DM foram agrupadas no Quadro 1, a seguir, contendo a legislação e a sua descrição.

Quadro 1 - Principais legislações pertinentes ao Diabetes *Mellitus* no Brasil a partir de 1988.

Legislação	Políticas Públicas
Constituição Federal 1988	Criação do SUS; saúde definida como direito de todos e dever do Estado.
Lei Federal nº 8.080/90	Instrui ao SUS princípios e diretrizes para promoção, recuperação e proteção da saúde e a organização dos serviços pertinentes, orientando as políticas públicas de acesso a medicamentos de forma racional e de qualidade.
Programa Saúde da Família, 1994	Estratégia para o Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, trazendo um novo modelo de atenção que contribuiu para o combate as DCNT.
Decreto nº 3.189/99	Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências, desempenhando papel importante nas Estratégias de Saúde da Família.
Portaria nº 710/99 MS/GM	Política Nacional de Alimentação e Nutricional -Estabelece diretrizes relacionadas a atenção nutricional no SUS. Revogada pela Portaria GM/MS nº 2715 de 17.11.2011.
Emenda Constitucional 29/00	Financiamento do SUS, determinando que os estados repassariam 12% do seu orçamento para saúde e municípios 15%, até 2004.
Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes <i>mellitus</i> - 2001	Estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde com objetivo de reduzir o número de internações, a procura pelo pronto atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e os gastos com tratamento de complicações crônicas, de modo a promover qualidade de vida.
Portaria nº 371 de 4 de março de 2002	Hiperdia é um programa da Estratégia de Saúde da Família para pacientes hipertensos e diabéticos a fim de realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos pacientes com essas patologias.
Lei Federal nº 10.836/04	Cria o Programa Bolsa Família, transferência de renda do Governo Federal às populações de baixa renda, importante na promoção da alimentação saudável desde a primeira infância, impactando na prevenção das DCNT.
Lei Federal nº 10.858/04	Criação do Programa Farmácia Popular - autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, através de unidades próprias. Regulamentada pelo Decreto nº 5.090/04.
Portaria nº 687/06 MS/GM	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - Ministério da Saúde amplia e qualifica ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde. Revisada pela a Portaria nº 2.446/14.
Portaria nº 648/2006 MS/GM	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualizada pela Portaria nº 2.488/11 GM/MS e diretrizes revisadas pela Portaria nº 2.436/17.

Decreto nº 5.658/2006	Convenção de Controle do Uso do Tabaco (OMS), denotando a importância de intervenção necessária sobre o tabaco para que se consiga reduzir as mortes decorrentes das DCNT.
Lei Federal nº 11.347/06	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, materiais para aplicação de insulina e monitorização da glicemia capilar.
Portaria nº 399/06 GM/MS	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Portaria nº 2.528/06 GM/MS	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNDPI).
Portaria nº 2.475/06 GM/MS	Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogada pela PRT GM/MS nº 2012 de 24.09.2008.
Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL. 2006	Início do Programa: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde.
Portaria nº 4.217/2010 GM/MS	Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022	O Plano visa a preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.
Portaria 184/2011/11 GM/MS	Programa “Saúde Não tem Preço” -Governo federal incrementou a distribuição de medicamentos para diabetes, hipertensão e asma.
Lei Federal nº 12.401/11	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação da tecnologia em saúde no SUS.
Lei Complementar nº 141/12 GM/MS	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
Lei Federal nº 12.871/13	Programa “Mais Médicos – Suprir a escassez de profissionais médicos na Atenção básica em regiões remotas e vulneráveis, através de médicos estrangeiros.
Portaria nº 252/13 GM/MS	Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualizada pela Portaria nº 483/14 GM/MS.
Emenda Constitucional nº 95/16	Institui o Novo Regime Fiscal, limitando a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).
Lei Federal nº 13.895/19	Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética.
Lei Federal nº 13.958/19	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.
Portaria nº 2.979/19 GM/MS	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021.

O Quadro 1 inicia com a CRFB-88, precursora das demais legislações em saúde, sendo a base fundamental para as políticas públicas atuais. Dela decorrem as políticas aqui selecionadas, sendo duas Emendas Constitucionais, nove Leis Federais, dois Decretos, onze Portarias e quatro Atos Normativos.

Pesquisa promovida pelo Ministério da Saúde, através do VIGITEL (2019), entrevistou 52.443 indivíduos e revelou a progressão do diabetes, havendo um aumento de 5,5% em 2006 para 7,4% em 2019, com maior prevalência entre as mulheres 7,8%. Avaliando o período entre 2006 a 2019, podemos observar um aumento do excesso de peso e da obesidade, no entanto houve diminuição do consumo de refrigerantes e de tabaco, fruto da Convenção do Uso do Tabaco através do Decreto nº 5.658/2006.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão da produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde quanto ao tema “políticas públicas voltados à atenção do diabético no Brasil”.

3.2 Objetivos Específicos

Sistematizar os textos segundo autoria, ano e periódico de publicação, objetivo e resultados encontrados.

3. MÉTODOS

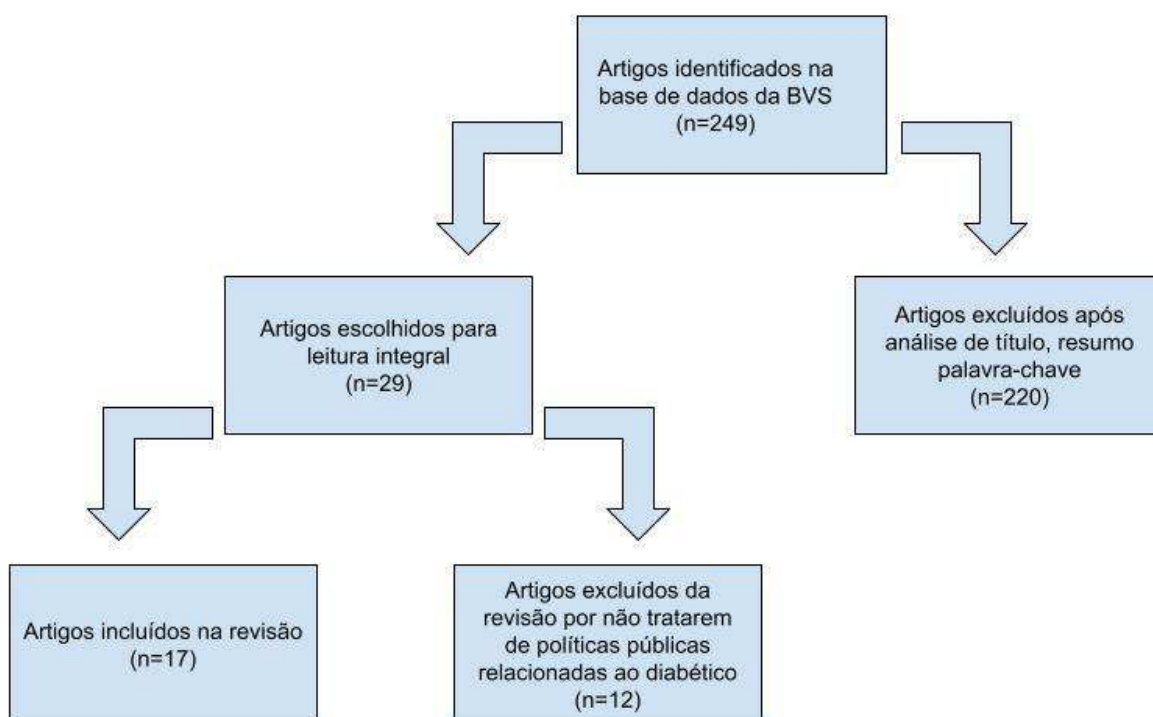
Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa voltadas ao tema das políticas públicas de saúde relacionadas ao Diabetes *Mellitus* no Brasil a partir da CRFB-88. Foram realizadas buscas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILIACS), não sendo descartados artigos de outras plataformas, quando pertinentes. Foram empregados os operadores booleanos “OR” e “AND”, que permitiram modular e ampliar a busca de dados na plataforma.

Os seguintes descritores foram utilizados: “Diabete*” OR “ab:Diabete” AND "Diretrizes das Políticas" OR ", "Organização e Políticas Governamentais" OR "Organização Governamental e Políticas" OR "Plano Nacional de Saúde" OR "Política de Assistência à Saúde" OR "Política de Atenção à Saúde" OR "Política de Saúde Pública" OR “Política em Saúde Pública" OR "Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem" OR "Política Nacional de Promoção da Saúde" OR "Política Nacional de Saúde" OR "Política Nacional de Saúde do Homem" OR "Política Nacional de Saúde do Idoso" OR "Política Pública de Saúde" OR "Política Sanitária" OR "Políticas de Saúde" OR "Políticas de Saúde Pública" OR "Políticas em Saúde Pública" OR "Políticas Públicas de Saúde" OR "Políticas Públicas em Saúde" OR "Políticas Públicas Saudáveis" OR "Políticas Sanitárias" OR "PPS Políticas Públicas em Saúde" OR "Organización Gubernamental y Políticas" OR "Organización y Políticas Gubernamentales" OR "Política de Salud Pública" OR "Política en Salud Pública" OR "Política Nacional de Salud" OR "Política Pública de Salud" OR "Políticas de Salud" OR "Políticas de Salud Pública" OR "Políticas en Salud Pública" OR "Políticas Públicas de Salud" OR "Políticas Públicas en Salud" OR "Políticas Públicas Saludables") OR ab:(“Diretrizes das Políticas" OR "Organização e Políticas Governamentais" OR "Organização Governamental e Políticas" OR "Plano Nacional de Saúde" OR "Política de Assistência à Saúde" OR "Política de Atenção à Saúde" OR "Política de Saúde Pública" OR "Política em Saúde Pública" OR "Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem" OR "Política Nacional de Promoção da Saúde" OR "Política Nacional de Saúde" OR "Política Nacional de Saúde do Homem" OR "Política Nacional de Saúde do Idoso" OR "Política Pública de Saúde" OR "Política Sanitária" OR "Políticas de Saúde" OR "Políticas de Saúde Pública" OR "Políticas em Saúde Pública" OR "Políticas Públicas de Saúde" OR "Políticas Públicas em Saúde" OR "Políticas Públicas Saudáveis" OR "Políticas Sanitárias" OR

"PPS Políticas Públicas em Saúde" OR "Organización Gubernamental y Políticas" OR "Organización y Políticas Gubernamentales" OR "Política de Salud Pública" OR "Política en Salud Pública" OR "Política Nacional de Salud" OR "Política Pública de Salud" OR "Políticas de Salud" OR "Políticas de Salud Pública" OR "Políticas en Salud Pública" OR "Políticas Públicas de Salud" OR "Políticas Públicas en Salud" OR "Políticas Públicas Saludables")) AND brazil OR ti:(brazil* OR brasil*) OR ab:(brazil* OR brasil".

Foram encontrados 249 artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 1988. Destes, 220 foram descartados por não se encaixar nos padrões estabelecidos após análise de título, resumo e palavras-chave (abordaram temas específicos como o uso de medicamentos, recomendações nutricionais, estudos de casos clínicos, pré-natal, qualidade de vida). Assim, foram selecionados 29 artigos para leitura na íntegra, sendo que doze foram descartados por não abordarem o tema de políticas públicas relacionado ao diabético, restando 17 artigos incluídos nessa revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos incluídos na revisão



Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Também foi realizada uma pesquisa documental nas leis que se referem a políticas públicas relacionadas a atenção ao diabetes a partir de 1988, totalizando 29 políticas. Foi escolhido o marco de 1988 em ambas pesquisas devido a publicação da Constituição Federal ser no referido ano.

Por se tratar de uma revisão, com emprego de bases de referências de acesso público, não houve a necessidade de encaminhamento a comitê de ética e pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram agrupados no Quadro 2, contendo autores, ano de publicação, revista, objetivo e resultados.

Quadro 2 – Artigos incluídos na revisão segundo autoria, ano de publicação, periódico, objetivo e resultados.

Autor	Revista	Objetivo	Resultados
Rosa <i>et al.</i> , 2007	Revista Brasileira de Epidemiologia	Descrever no âmbito nacional e por faixa etária, sexo e região as 327.800 hospitalizações por diabetes <i>mellitus</i> (DM) da rede pública do Brasil, entre 1999-2001.	Houve mais hospitalizações anuais do sexo feminino, mais óbitos hospitalares anuais de mulheres, porém maior letalidade no sexo masculino em todas as regiões. Observou-se incremento das hospitalizações com a idade, mais acentuado para mulheres. Não houve diferença na permanência das internações com óbito, apesar do gasto por internação superior. O gasto anual por 10.000 habitantes equivaleu a US\$ 969,09. A razão de chances de óbito hospitalar aumentou com a idade, foi maior para homens e 2 vezes maior para habitantes das regiões Nordeste e Sudeste comparados aos da região Sul. Os gastos anuais por 10.000 habitantes foram 50-100% maiores nas regiões mais desenvolvidas. O volume e a desigualdade nos gastos enfatizam a necessidade de cobertura mais adequada da população, evitando as hospitalizações e suas complicações.
Dias <i>et al.</i> , 2007	Revista Brasileira de Ciência e Movimento	Identificar as condições relativas à saúde dos indivíduos que são influenciados pela prática regular de atividade física e caracterizar os métodos existentes de avaliação da atividade física.	A prática de atividade física regular atua diretamente na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis tais como, diabetes, obesidade, hipertensão, doenças cardíacas, osteoporose e alguns tipos de câncer. Mesmo conhecendo os benefícios dessa prática, poucas pessoas estão engajadas na prática de atividade física regular e o índice de desistência para aqueles que participam de programas de exercícios iniciais é alto.
Fonseca <i>et al.</i> , 2008	Revista Médica de Minas Gerais	Apresentar uma proposta de centro de referência secundário em hipertensão e diabetes e uma carteira de serviços proposta e seu cenário de inserção em uma rede assistencial.	Autores sugerem protocolos para a implantação do centro de referência secundário contemplando: a criação de uma rede de atenção integral em saúde, garantindo um fluxo de atendimento adequado, detecção precoce, vínculos dos usuários com as unidades básicas de saúde; deverá estar integrado aos pontos de atenção primária e terciária, emergência e urgência. Contando com profissionais de diversas áreas médicas (cardiologia, endocrinologia, angiologia,

			otorrinolaringologia, nefrologia, oftalmologia) bem como enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social e técnico em enfermagem.
Santos <i>et al.</i> , 2008	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Analisar as complicações associadas ao diabetes tipo 2 em pacientes atendidos pelas Unidades de Saúde da Família.	Observou-se uma frequência de complicações mais elevada em mulheres quando comparada a dos homens. Do total, 58,9% apresentava pelo menos uma complicação. As complicações macrovasculares corresponderam a 95,6%. A doença vascular periférica foi responsável por 92,1%, quando considerada como complicação única. Verificou-se associação entre a faixa etária de 66 anos a mais e complicações macrovasculares, com uma prevalência de 37,8%. As complicações microvasculares nas mulheres correspondem à metade daquelas encontradas para os homens. O tabagismo mostrou-se associado a complicações microvasculares.
Guidoni <i>et al.</i> , 2009	Jornal Brasileiro de Ciências Farmacêuticas	Abordar a temática do diabetes <i>mellitus</i> e as dificuldades do controle associado à ineficácia da logística adotada, principalmente no Sistema Único de Saúde.	A atenção primária é fundamental no controle e acompanhamento do diabetes, para isso é necessário a substituição do modelo atual "médico-hegemônico" para um modelo interdisciplinar, incluindo o farmacêutico, favorecendo a qualidade assistencial. O atendimento domiciliar é financeiramente favorável para atenção básica, além de aproximar com o profissional farmacêutico com a comunidade, facilitando o acesso a informações de saúde. Acesso ao medicamento não é sinônimo de cuidado, e sim apenas uma ferramenta no cuidado do paciente diabético, que necessita de acompanhamento constante.
Santos <i>et al.</i> , 2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Analisar o conhecimento dos usuários dos serviços de saúde com diabetes <i>mellitus</i> acerca dos seus direitos.	Foi possível constatar que, apesar dos avanços legalmente alcançados pelas políticas públicas, a maioria dos usuários dos serviços de saúde com DM desconhece seus direitos, embora utilize, de maneira não consciente, os benefícios advindos da legislação.
Marinho <i>et al.</i> , 2012	Acta Paulista de Enfermagem	Identificar os fatores associados ao Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 em usuários da Estratégia Saúde da Família da cidade de Itapipoca-Ceará.	Entre os participantes do estudo, 250 (59,7%) estavam com excesso de peso, 352 (84,0%) com obesidade central, 349 (83,3%) eram sedentários e 225 (53,7%) não comiam frutas e/ou verduras diariamente. Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis obesidade central e sexo,

			idade e estado civil; e entre investigação nutricional e escolaridade e classe econômica. Sugere o desenvolvimento de intervenções educativas para mudanças no estilo de vida dos indivíduos e o acompanhamento sistemático dessas mudanças, objetivando reduzir ou retardar o aparecimento da doença.
Balbinot <i>et al.</i> , 2014	Revista de Direito Sanitário	Buscar na legislação dos países latino-americanos estudados – Argentina, Brasil e Colômbia – construir um panorama legislativo sobre as DCNT.	Tratar conjuntamente das DCNT é o melhor caminho para o sucesso. Os fatores de risco conjugados apontam para políticas públicas amplas que terão como principal característica a redução do número de mortes decorrentes das DCNT. Políticas públicas de incentivo ao pequeno produtor para aumentar a qualidade das frutas, verduras e legumes consumidos trariam importante mudança nos hábitos alimentares da população, especialmente nos países de baixa e média renda.
Cruce, 2015	Biblioteca digital de teses e dissertações da USP	Analisar como as redes e seus actantes humanos e não humanos (políticas públicas, rede de atenção à saúde, profissionais de saúde, pacientes, amigos e familiares, medicamentos, insumos e tecnologias) performam e são performados na produção de cuidado e autocuidado no cotidiano dos serviços especializados.	O diabetes não é uma doença isolada, no sentido estrito do termo, pois envolve múltiplas doenças associadas, se relaciona com redes de serviço de saúde, envolvendo o cuidado e o autocuidado dos portadores de diabetes e o grupo de pessoas que gravitam em torno delas. Tanto a doença quanto os adoecidos são performados pelas políticas públicas, que, postas em ação, definem o cuidado no âmbito Estado/SUS; pelas normas e protocolos da biomedicina, que estabelecem parâmetros do cuidado na rede pública de saúde; pelos artefatos biotecnológicos, como insulinas, glicosímetros e suas tiras reagentes, exames de hemoglobina glicada, seringas e pela estrutura organizacional da rede de atenção pública à saúde, nas esferas primária e secundária.
Santos <i>et al.</i> , 2015	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	Analisar a tendência da morbidade hospitalar pelas principais doenças crônicas não transmissíveis no período de 2002 a 2012.	No Brasil, houve estabilidade das taxas de internação por doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes; diminuição por doenças respiratórias crônicas entre os homens; houve aumento das taxas por neoplasias e diabetes; na região Norte houve aumento das taxas de internação por diabetes.
Sarti, 2015	Biblioteca digital de teses e dissertações da USP	Verificar a modelagem assistencial das Estratégias Saúde da Família a partir das interfaces produzidas	Foi identificado que a programação da atenção orienta parte significativa dos processos de trabalho da equipe, sendo que esta é reforçada por uma série de iniciativas da gestão do município no

		por profissionais de saúde e usuários com DM.	sentido de estabelecer e exigir o cumprimento de metas e indicadores.
Malta <i>et al.</i> , 2016	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	Descrever as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, de 2011 a 2015.	Foi verificado avanços a partir de 2011 voltados a promoção de saúde e cuidado integral aos pacientes com DCNT, com redução da taxa de mortalidade prematura redução no consumo de tabaco e álcool e aumento no consumo recomendado de frutas e hortaliças, na prática de atividade física.
Silva <i>et al.</i> , 2018	Revista Bioética	Identificar as experiências, necessidades e expectativas dos sujeitos com diabetes, a partir da perspectiva da autonomia para a promoção da saúde.	É fundamental o conhecimento dos direitos e responsabilidades do portador de diabetes para possuir autonomia na promoção de saúde e autocuidado, atrelado a responsabilidade mútua do Estado no controle da doença. As ações de promoção de saúde para o diabético prescritas pelos profissionais são, erroneamente, as mesmas para todos os pacientes, desconsiderando a particularidade de cada indivíduo, mostrando ineficazes para estimular o autocuidado. Os resultados do estudo tornaram cada vez mais claro que os serviços de atenção primária à saúde não conseguem dar conta dessa necessidade isoladamente, pois se trata de algo relacionado ao dia a dia, aos atos de se alimentar, banhar-se, cortar as unhas etc. Qualquer uma dessas situações pode ser bastante complexa para quem não se empodera, daí a importância da autonomia para pessoas com diabetes.
Ribeiro <i>et al.</i> , 2019	Saúde e Pesquisa Maringá	Analisar os coeficientes de hospitalização por diabetes <i>mellitus</i> no Estado do Paraná no período de 2005-2015 e contextualizar com estimativa da cobertura por equipes da Estratégia Saúde da Família no mesmo estado e período.	Houve quedas consideráveis no número de hospitalizações em todas as faixas etárias estudadas e em ambos os sexos, com destaque para quedas mais expressivas nas mulheres, apresentando maior redução na variação percentual (-43,8%) quando comparadas aos homens (-22,9%). Constatou-se também que quanto maior a faixa etária, maiores os coeficientes de hospitalização. Houve um aumento na cobertura populacional da ESF de 44,7%. Um dos fatores da diminuição do número de hospitalizações pode ser atribuído ao aumento da cobertura da ESF, favorecendo o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Primária de Saúde.
Macinko <i>et al.</i> , 2019	Revista Pan-americana de Saúde Pública	Descrever os padrões de multimorbidade em seis países da América Latina e Caribe,	O diabetes e doenças cardíacas são as mais frequentes na população estudada. Foi observado benefícios para os doentes que tinham maior acesso aos

		examinar os efeitos da multimorbidade na prática de atenção primária e avaliar a influência nas avaliações relatadas pelos pacientes atendidos.	sistemas de saúde, no entanto o gasto público é maior, sendo um desafio para sistema de saúde. Pacientes com diabetes apresentam sobrepeso, dieta pobre, hipertensão e estilos de vida sedentários. Atenção primária de saúde aprimora o foco no paciente, facilita a coordenação de serviços, melhora os resultados de saúde e qualidade de vida e reduz custos.
Nilson <i>et al.</i> , 2019	Revista Pan-americana de Saúde Pública	Estimar os custos atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em 2018.	Os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais.
Pereira <i>et al.</i> , 2020	Revista Enfermagem UERJ	Analisar o perfil de internações por Doenças Crônicas não Transmissíveis e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família.	Destaca-se que as taxas de internação por angina, insuficiência cardíaca, diabetes e hipertensão diminuíram, sobretudo entre 2017 e 2018, quando houve ampliação da cobertura de ESF. O sedentarismo representa uma das principais causas do excesso de peso, resultando em alterações metabólicas que elevam o risco de desenvolvimento de DCNT. As internações por DCNT foram maiores entre os usuários residentes em áreas da cidade que não possuíam ESF. As ESF são os principais serviços que promovem a participação dos usuários no sistema público de saúde por meio das ações de prevenção e promoção da saúde, além de fomentar a adesão aos tratamentos; reduz, os custos com deslocamentos até centros especializados de saúde e pode ser uma importante estratégia para a modificação de indicadores de mortalidade geral e infantil. Considera-se, a necessidade de ampliação das ESF levando-se em conta não somente as necessidades de saúde, mas também fatores socioeconômicos das populações.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Dos 17 estudos analisados, dez revisaram uma ou mais políticas públicas relacionadas ao DM; sete avaliaram a morbidade e/ou complicações associadas ao DM e estão relacionados indiretamente a políticas públicas.

No trabalho de Macinko *et al.*, (2019) e Santos *et al.*, (2015) foram avaliadas a morbidade das DCNT e o acesso aos sistemas de saúde, previsto no Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM com objetivo de reduzir o número de internações e os gastos com tratamento advindos das complicações crônicas.

Marinho *et al.*, (2012) e Santos *et al.*, (2008) avaliaram os fatores associados ao DM em usuários da ESF, importante política pública na atenção primária em saúde.

Pereira *et al.*, (2020), Ribeiro *et al.*, (2019), Rosa *et al.*, (2007) analisaram o perfil de internações por DM e/ou DCNT na rede de saúde como forma de avaliação do programa ESF.

Analisando os 249 artigos encontrados no portal da BVS, podemos notar um maior número de publicações após o ano de 2006 (Gráfico 1), demonstrando o crescente interesse e preocupação pela academia científica no decorrer dos anos. Dos 17 artigos revisados, quatro foram publicados em 2019 e nenhum artigo selecionado foi publicado nos primeiros 18 anos (1988-2006) após publicação da CRFB-88.

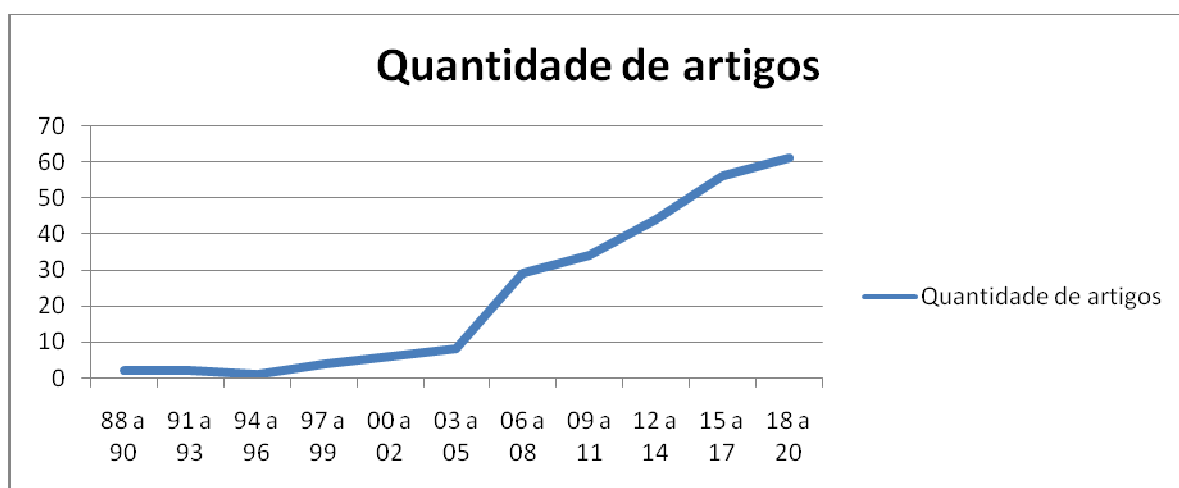


Gráfico 1. Quantidade de artigos encontrados no portal da BVS, agrupados em triênio.

Houve uma dispersão de autoria, no entanto, quatro autores estiveram presentes em dois artigos: Deborah Carvalho Malta; Maria Aline Siqueira Santos; Silvânia Suely Caribé de Araujo Soares; Lenildo de Moura, todos atuam no Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, Distrito Federal. As

revistas que apresentaram mais publicações foram “Revista Pan-americana de Saúde Pública”, “Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde” e “Biblioteca digital de teses e dissertações da USP” com duas publicações cada.

Observa-se que ainda há desafios ao desenvolvimento de políticas efetivas, e é necessário manter a atenção mesmo com resultados positivos, ampliando as ações implementadas e rever estratégias para os resultados negativos, conforme metas estabelecidas no Plano de DANT 2011-2022 (MALTA *et al.*, 2016).

Esse aparente crescimento no número de DCNT, também é reflexo da ampliação da oferta e acesso ao serviço de saúde e procedimentos diagnósticos, bem como a diminuição do número de internações pode estar associada a ampliação da cobertura da ESF, beneficiando, principalmente, a população mais vulnerável e contribui para tornar a Atenção Primária em Saúde mais eficiente (PEREIRA *et al.*, 2020). O autor correlaciona a queda de internação por DM, após 2001, à introdução do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária em Saúde. Para Santos *et al.* (2015) houve estabilidade em relação ao número de internações entre 2002 a 2012, resultado dos programas de distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, além da expansão do acesso à atenção básica em saúde a partir das ESF.

O governo federal lança em 2011 o Plano de ações para o enfrentamento de DCNT visando preparar o Brasil para deter nos próximos dez anos das doenças: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, tendo como meta a redução de 2% ao ano nas mortes prematuras provocadas por doenças crônicas associadas ao consumo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade, considerados fatores de risco para o DM (PEREIRA *et al.*, 2020). Os níveis educacionais também influenciam nas comorbidades, pessoas com menor escolaridade tendem a possuir maior condições comórbidas (MACINKO *et al.*, 2019).

Conforme o Informe Técnico Institucional (BRASIL, 2001), através da Secretaria de Políticas Públicas, a implementação das diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção a HAS e ao DM representa um grande desafio para o SUS. A adesão ao tratamento é outro desafio a ser enfrentado pelo plano, pois está lidando com doenças crônicas, pouco sintomáticas, onde há necessidade de mudança dos hábitos de vida (BRASIL, 2001). Para facilitar a adesão, o Ministério

da Saúde produziu 45 mil exemplares do *Caderno Técnico sobre Hipertensão e Diabetes para Atenção Básica* e 15 mil exemplares de *Casos Clínicos de Hipertensão Arterial e DM*, para ser utilizados em cursos de capacitação.

No trabalho de Santos *et al.* (2008), foi encontrado grande incidência de, pelo menos, uma complicação advindas da DM (58,9%) e 17,9% duas ou mais complicações, através da análise de 1374 prontuários, com maior frequência entre as mulheres e na faixa etária acima dos 65 anos, demonstrando a necessidade de se reforçar, junto aos serviços básicos de saúde, as medidas estabelecidas pelas políticas públicas visando reduzir os fatores de risco e o impacto das complicações na qualidade de vida dos portadores de DM.

Pode-se notar no Quadro 1 que as políticas públicas relacionadas ao DM transitam em diferentes cenários (sociodemográfico, cultural, nutricional, científico, econômico) uma vez que não podemos considerá-la como uma doença isolada, mas sim um conjunto de doenças, que favorecem o surgimento de doenças secundárias. E esse complexo panorâma exige atenção nas formulações das políticas públicas, onde algumas são direcionadas ao diabético e outras impactam indiretamente, apenas.

Conforme Balbinot (2014), o crescente número de leis e normas relacionados às DCNT evidenciam o impacto dessas doenças nos sistemas de saúde, onde o foco dos governos e da população devem se voltar na prevenção, atuando de forma ampla e tratando-as conjuntamente para reduzir os fatores de risco, e assim, o número de óbitos. É necessária organização da Saúde Pública para garantir a vigilância, promoção da saúde, prevenção e assistência ao paciente é essencial articular ações intersetoriais, alinhadas a políticas públicas para o enfrentamento das DCNT (MALTA *et al.*, 2016).

Após a implementação da PNAB, as ESF vem se mostrando fundamentais na organização da atenção básica, ampliando a resolutividade, acompanhamento e manutenção das DCNT, pois permitem rastrear e identificar patologias ainda nos estágios iniciais, sendo de grande importância pois um dos problemas centrais dos sistemas de saúde são o tratamento das condições agudas, desconsiderando a evolução progressiva da doença, responsável pelos desastres sanitários e econômicos dos sistemas de saúde do mundo (GUIDONI *et al.*, 2009).

Conforme proposto por Fonseca *et al.*, (2008), é necessário a detecção precoce dos casos, de estabelecimento de vínculos dos portadores com as unidades básicas de saúde, implantação de protocolos de assistência na atenção básica. O autor sugere a criação de centros de atenção secundária em hipertensão e diabetes para adequar o fluxo de atendimento do diabético, favorecendo a agilidade e o cuidado integral ao diabético.

Para Ribeiro *et al.*, (2019), houve uma expansão da cobertura assistencial da ESF nos últimos anos acarretando em um declínio no número de internações por DM, principalmente entre as mulheres nas faixas etárias de 30 a 59 anos, devido a ampliação do acesso aos serviços de saúde, sendo considerada estratégia prioritária de estruturação da Atenção Primária de Saúde. Esses dados revelam que as políticas públicas voltadas a esse público estão adequadas e que possui adesão por parte dos pacientes. Também foi observado por Macinko *et al.*, (2019), maior prevalência de morbidades por mulheres do que em homens e uma relação positiva com o aumento da idade, assim como nos trabalhos de Santos *et al.*, (2015), Rosa *et al.*, (2007), Ribeiro *et al.*, (2019), sugerindo que deve ser dada atenção pelo gestores na formulação de políticas públicas devido ao envelhecimento da população. No Brasil, foi lançado em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que aprova as diretrizes para promoção de um envelhecimento com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional.

Segundo Guidoni *et al.*, (2009), a terapêutica do paciente diabético não é simples e requer, além de orientação médica, orientação da enfermagem, nutrição, psicologia, profissionais da educação física e farmacêutico, previsto, também, na PNAB, onde as equipes de Saúde da Família são compostas no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários (Decreto nº 3.189/99). O papel do farmacêutico e o acesso a medicações de forma facilitada, através da Lei Federal nº 10.858/04 (Farmácia Popular), impacta no tratamento da DM, uma vez que permite adequar a dosagem e o tratamento dos indivíduos com a Lei Federal nº 10.858/04, garantindo a obtenção dos insumos necessários para o diabético.

O profissional enfermeiro, também possui importante papel de liderança na identificação dos fatores de risco para DM, capaz de incentivar o empoderamento e

a participação dos diabéticos no planejamento das intervenções nos fatores de risco, como a obesidade, excesso de peso, sedentarismo e alimentação inadequada. Nesse contexto, cabe os gestores e profissionais de saúde, fortalecer e qualificar as ESF, com ênfase na promoção de hábitos de vida saudáveis (MARINHO *et al.*, 2012).

Maior acesso aos sistemas de saúde reflete em maiores benefícios para o paciente, pois reflete em melhor orientação sobre cuidados, aumentando sua qualidade de vida, porém acarreta em maiores gastos para os serviços de saúde (MACINKO *et al.*, 2019), entretanto com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 foi criado um parâmetro legal para obrigar os Estados, Distrito Federal e municípios financiar o SUS no âmbito da União, sendo um importante passo para captação de recursos mas insuficiente para suprir a demanda.

Conforme Rosa *et al.*, (2007), o DM representa um problema em diversos países, acarretando em perda de produtividade, incapacidade e morte prematura, onde a prevenção traria benefícios econômicos para as famílias e sociedade em geral, provocadas por internações e reduziria complicações. Dados obtidos por Macinko *et al.*, (2019), analisando seis países da América Latina, sugere que os benefícios do aumento da cobertura da APS dependem do desempenho dos sistemas de saúde e relata a fragmentação no atendimento, onde as comorbidades são tratadas de forma isoladas.

No Brasil as Estratégias de Saúde em Família podem ser determinante na redução de DCNT (PEREIRA, *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2019; WHO, 2015) e mudança do estilo de vida, incluindo dieta prescrita e atividade física, tem boa relação custo-efetividade, e a maioria dos países desenvolvidos conta com políticas de saúde pública que incentivam e custeiam essas atividades (ARMSTRONG *et al.*, 2017).

A prática de atividade física é um aliado na prevenção das DCNT, no entanto, mais estudos são necessários para determinar a qualidade da prevenção primária e da mudança de comportamento, capazes de reduzir a prevalência destas condições, instituída na Portaria nº 687 MS/GM de 2006, elaborando estratégias para prática de atividades físicas (Marcondelli *et al.*, 2008).

Segundo dados obtidos por Nilson *et al.*, (2019), houve 1.829.779 internações em 2018 por causas associadas a hipertensão arterial, DM e obesidade no SUS, correspondendo a aproximadamente 16% do total de hospitalizações e um custo total de R\$3,84 bilhões; os custos ambulatoriais com a mesma doença no SUS foram de R\$166 milhões; e os gastos do Programa Farmácia Popular com medicamentos R\$2,31 bilhões. Considerando os gastos com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos para diabéticos no SUS, foi gasto R\$ 1,05 bilhão em 2018. O impacto econômico do DM é expressivo, e as hospitalizações consomem parcela importante dos recursos da sociedade (ROSA, 2007).

Há um desequilíbrio dos gastos do SUS, 43,8% destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, 19,6% à atenção primária em saúde, 4,1% para procedimentos profiláticos e terapêuticos e 1,8% à vigilância em saúde (BRASIL, 2006). Populações com menor condições financeiras são mais vulneráveis as DCNT pois possuem mais obstáculos para adequar o tratamento (MACINKO *et al.*, 2019), assim são importantes ações que favoreçam a complementação/distribuição de renda para as classes mais pobres da sociedade como o Programa Bolsa Família.

A atenção ao DM deve ser tratada de forma integral e integrada, formulado a partir da Atenção Básica, onde novas propostas são necessárias afim de suprir gargalos no atendimento aos pacientes com Diabetes e Hipertensão, como a criação de centros especializados compostos por equipes multiprofissionais de diversas áreas médicas (nefrologia, cardiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, oftalmologia), enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistente social e técnico de enfermagem, de maneira integrada a rede primária, terciária e ao atendimento de urgência e emergência (FONSECA *et al.*, 2008).

Conforme Cruce, (2015) o resultado da performance da doença e dos adoecidos está relacionada as políticas públicas e suas ações, definindo o cuidado no âmbito Estado/SUS, através das normas e protocolos da biomedicina, estabelecendo os parâmetros do cuidado dos sistemas de saúde. O autor, também, revela a percepção do autocuidado por parte do adoecido e a importância da consciência do autocuidado como protagonista no tratamento da doença, considerando as diferentes realidades em que cada indivíduo está inserido.

A participação e a consciência do diabético no autocuidado ainda são barreiras a serem quebradas. Pode-se perceber nos trabalhos de Silva *et al.*, (2018) e Santos *et al.*, (2011), o desconhecimento dos direitos dos cidadãos e o papel do Estado no tratamento da DM, dificultando a adesão e impactando na qualidade de vida dos diabéticos. Os autores revelam a falta de conhecimento pelos usuários sobre as medicações gratuitas fornecidas; o desconhecimento das opções nutricionais e atividades físicas compatíveis com a realidade socioeconômica e cultural dos sujeitos. O controle do diabetes dependerá da associação entre a responsabilidade do Estado, da sociedade, das empresas e dos autores sociais, compartilhando decisões numa relação de coparticipação a fim de viabilizar e estimular o autocuidado. Cabe, aos líderes do governo e autoridades da saúde adotar políticas com viés educativo para que os profissionais da saúde consigam disponibilidade de tempo, recursos e capacitação necessários.

Para Sarti (2015), o excesso de exigência de autocuidado gera um impacto negativo, pois sobrecarrega o adoecido de orientações causando uma “asfixia” e conseqüentemente menor adesão ao tratamento, onde na prática as pessoas ajustam as orientações ao seu cotidiano na medida do possível, sem radicalismo. O autor, reitera a necessidade de um tratamento individualizado, acompanhado de uma equipe multiprofissional.

O autocuidado deve ser ampliado para o gênero masculino devido a menor procura por serviços de saúde. Foi observado no trabalho de Rosa *et al.* (2007), que homens tem 20% mais chances de falecer em uma hospitalização por DM do que mulheres, e habitantes das regiões Nordeste e Sudeste, duas vezes mais chances de morrer durante uma internação do que da região Sul. Foi encontrado por Santos *et al.*, (2015) um aumento de internações na região Norte, enquanto nas demais se mantiveram estáveis entre os anos de 2002 a 2012, demonstrando a heterogeneidade do perfil populacional e a expressão da DM no país, importante para utilização na formulação de políticas públicas de saúde. Sabe-se que as diferentes condições sociais, como o envelhecimento populacional, urbanização, transições epidemiológica e nutricional, modificações de estilo de vida e condições socioeconômicas da população desempenha papel fundamental para explicar estas variações.

4. CONCLUSÃO

O estudo revisou a produção científica contida na Biblioteca Virtual de Saúde no que tange as políticas públicas relacionadas ao DM de 1988 a 2020. Os 17 artigos revisados revelam a complexidade e a importância das políticas públicas para o controle da diabetes *mellitus* no Brasil, sendo que dez destes abordam, uma ou mais, políticas públicas relacionadas; e sete abordam a morbidade e/ou complicações associadas ao DM refletindo o acesso aos sistemas de saúde e cobertura pelas Estratégias de Saúde da Família.

A maior quantidade de publicações, após 2006, sobre as políticas públicas relacionadas aos portadores de diabetes e sua qualidade de vida, revela a crescente preocupação da sociedade acadêmica com o tema. Essa maior atenção, também, é observada na formulação e aprimoramento das políticas públicas por parte do Ministério da Saúde, gestores públicos, atores sociais e tomadores de decisões.

Assim, ficou evidente o papel dos gestores para se consolidar medidas claras e eficientes com viés preventivo da DM, numa perspectiva disruptiva estrutural, aspirando mudanças culturais na sociedade, favorecendo o autocuidado e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica *et al.* Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. **Rev. Saúde Pública**. Minas Gerais, v.53, n.45, 2017.

ARMSTRONG, Carrie. ADA Updates Standards of Medical Care for Patients with Diabetes *Mellitus*. **American Family Physician**. Kansas, v.95, p.40-43, 2017.

BALBINOT, R. A. A. Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v.15, n.2, p.91-107, 2015.

BARBOSA DOS SANTOS, Ellen Cristina *et al.* Usuários dos serviços de saúde com diabetes *mellitus*: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [S.l.], v.19, n.2, p.1-8, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Brasília-DF, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília- DF, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm. Acesso em 01 nov. 2021

BRASIL. Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das

Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

Acesso 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº141/12 GM/MS.Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 10.836/04. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L10.836compilado.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 10.858/04. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 12.871/13.Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 13.958/19. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº12.401/11. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Lei nº13.895, de 30 de outubro de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13895.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 26p., 2001.

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*: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Brasília: Ministério da Saúde, 3p., 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria 184/2011/11GM/MS. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011.htm. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº4.217/2010 GM/MS. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html
Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.979/19. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 252/13 GM/MS. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 371, de 4 de março de 2002. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/475380/pg-56-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-08-03-2002>. Acesso em 20 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 648/2006 MS/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal 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. Disponível:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11347.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 2ª ed. Brasília: CONASS, 164 p,2006.

CHIEFFI, A.L; BARRADAS, R. C.B; GOLBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? **BMC Health Services Research**. [S.l.], v.17, n.499, 2017.

CRUCE, ALEXANDRE PEREIRA. **Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS)** 2015.156f, Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

DIABETES ATLAS 6a ed. **International Diabetes Federation**. Brussels, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>. Acesso em: 21 set. 2021.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016). **A.C. Farmacêutica**. São Paulo, 2016.

ROSA, Roger dos Santos *et al*. Internações por Diabetes *Mellitus* como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev. bras. epidemiol.** Porto Alegre,v.10, n.4, 2007.

FONSECA, José Otávio Penido *et al*. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. **Revista Médica Minas Gerais**. Minas Gerais, v.18, n.4, p.25-29, 2008.

GOMES, V.S; AMADOR, T.A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro,v. 31,n.3,p.451-462, 2015.

GOMEZ, E. J. The international and domestic politics of type 2 diabetes policy reform in Brazil. **Brazilian Journal of Microbiology**. Brasil, v.5,n.9, 2020.

GONÇALVES, L. M. G.; CESAR JUNIOR, R. M. Robótica, sistema sensorial e motos: principais tendências e direções. **Revista de Informática Teórica e Aplicada**. Porto Alegre, v. 9,n. 2, p. 7-36, 2002.

GUIDONI, C. M., OLIVERA, C. M. X., FREITAS, O. de, & PEREIRA, L. R. L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Biblioteca Escolar Em Revista**. São Paulo, v.45, n.1, p.37-48, 2009.

LEITÃO, V.B.G.; FRANCISCO, P.M.S.B.; MALTA, D.C; COSTA, K.S. Tendência do uso e fontes de obtenção de antidiabéticos orais para tratamento de diabetes no Brasil de 2012 a 2018: análise do inquérito Vigitel. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Brasil, v. 24,.2021.

MACINKO James *et al.* Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. **Rev Panam Salud Publica**. [S.I.], v.43, e.8, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 25, n. 2,p.373-390, 2016.

MARINHO Pessoa *et al.* Diabetes *mellitus*: fatores associados entre usuários da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.4, p. 595-600, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF,2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília-DF,2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília-DF,2006.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino de; OLIVEIRA, Michele Lessa de. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. [S.l.], v. 44, p. e49931,2020.

PEPE, V.L.E; VENTURA, M; BRAMBATI, J.M. Caracterização das demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.461–71, 2010.

PEREIRA, Helena Nayara Santos; SANTOS, Rebeca Isis de Oliveira; UEHARA, Sílvia Carla da Silva André. Efeito da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Enfermagem UERJ**. [S.l.], v. 28, p. e49931, 2020.

RIBEIRO, Thaisnara Hasan *et al.* Hospitalizações Por Diabetes *Mellitus* Em Adultos e Relação com Expansão Da Atenção Primária No Paraná. **Saúde e Pesquisa**. Maringá, v.12, n.2, p. 323-331, 2019.

SANTOS E.C.B; TEIXEIRA C.R.S; ZANETTI M.L; SANTOS M.A. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes *mellitus*: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**. São Paulo, v.20, n.3, p.461-70, 2011.

SANTOS, Isabel *et al.* Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.8 n.10, 2008.

SANTOS, Maria Aline Siqueira *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiol. serv. saúde**. Brasília, v.24, n.3, p.389-398, 2015.

SARTI, Thiago Dias. **A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida**. 2015.211f. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2015.

SILVA, José Adailton *et al.* Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes *mellitus*. **Revista Bioética**. [S.l.], v.26, n.1, 2018.

STEEN, S. C *et al.* Haemoglobin glycation index and risk for diabetes-related complications in the action in diabetes and vascular disease: (ADVANCE) Trial; **Diabetologia**. Amsterdam, v.61, n.4, p.780-789, 2018.

WEI M.; GIBBONS L.; MITCHELL T.; KAMPERT J.; BLAIR S. Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. **Diabetes Care**. [S.l.], v.23, n.1, p.18-22, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. **World Health Organization**. Geneva, Switzerland, 2009.