



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

SANDRA MARIA DOS SANTOS BORGES

**A CONSULTA SEQUENCIAL COMO FERRAMENTA DA ATENÇÃO CONTÍNUA
NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABETE MELITO TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

PORTO ALEGRE

2025



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

SANDRA MARIA DOS SANTOS BORGES

**A CONSULTA SEQUENCIAL COMO FERRAMENTA DA ATENÇÃO CONTÍNUA
NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABETE MELITO TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Profº. Drº. André Klafke de Lima

PORTO ALEGRE

2025



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Pro^a Dra. Claunara Schilling Mendonça

Prof^a Dra. Adriana Silveira Almeida

Prof.^a Dra. Adriana Roloff

ATA DE APROVAÇÃO
(Versão final - após defesa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte inesgotável de luz, sabedoria e força, que conduz minha vida com amor e cuidado em cada passo dessa jornada. Foi Ele quem abriu portas, renovou minhas esperanças e me concedeu a graça de realizar este sonho tão querido. Sem. Sua presença constante, nada disso seria possível.

Minha gratidão também se estende aos meus filhos, ao genro e à nora, cuja vibração, incentivo e amor incondicional foram alicerces fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui. Vocês estiveram presentes em todos os momentos, celebrando minhas conquistas e fortalecendo minha fé quando os desafios surgiam. É um privilégio compartilhar essa vitória com vocês, que são a minha inspiração diária.

Agradeço com muito carinho ao meu orientador, Dr. André Klafke, pela tranquilidade e sabedoria com que conduziu todo o processo. Seu conhecimento e seus direcionamentos precisos foram essenciais para que eu pudesse avançar com segurança e confiança.

A cada um, meu mais profundo e sincero agradecimento por fazerem parte desta caminhada de aprendizado, crescimento e realização.

EPÍGRAFE

Quando diferentes mãos se unem para cuidar, o que era rotina vira transformação.
No encontro entre saberes, nasce o verdadeiro cuidado, aquele que acolhe, orienta,
acompanha e dá sentido à vida.

- Reflexão elaborada pela autora

RESUMO

Introdução: O diabetes melito tipo 2 (DM2) é uma condição crônica multifatorial, com alta prevalência global e impacto crescente nos sistemas de saúde. Esta patologia demanda estratégias de cuidado centradas no acompanhamento longitudinal, no empoderamento dos usuários e na integração multiprofissional. Nesse cenário, a consulta sequencial, ferramenta da atenção contínua que inclui atendimento multiprofissional em sequência no mesmo turno, configura-se como uma ferramenta essencial, contribuindo para o vínculo terapêutico, a regularidade do cuidado e a personalização do plano terapêutico na Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de sua relevância, observa-se a ausência de um modelo metodológico estruturado para sua aplicação em adultos com DM2. **Objetivo:** Avaliar as evidências sobre consulta sequencial através de uma revisão de escopo para embasar a elaboração de um guia metodológico para consulta sequencial. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de escopo conduzida conforme as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e as recomendações do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews). A questão de pesquisa foi delineada com base no acrônimo PCC (População: adultos com DM2; Conceito: consulta sequencial; Contexto: APS). As buscas foram realizadas em oito bases de dados científicas (PubMed, BVS, Web of Science, Scopus, Embase, CINAHL, Cochrane Library e Epistemonikos) e complementadas por fontes institucionais e literatura cinzenta (Google Scholar, repositórios acadêmicos, documentos governamentais). A seleção e extração dos dados foram realizadas por revisores independentes, com base em instrumento previamente testado. Os dados foram organizados em tabelas temáticas e analisados de forma descritiva e interpretativa. **Resultados:** Vinte estudos foram incluídos na revisão. As evidências apontam que a consulta sequencial é um recurso promissor para garantir a continuidade do cuidado ao paciente com DM2, sobretudo quando associada a equipes multiprofissionais e estratégias de estratificação de risco, educação em saúde e autocuidado apoiado. Ainda que o termo “consulta sequencial” não esteja uniformemente utilizado nos estudos, a atenção contínua se encontra quase na totalidade, muitos descrevem

Práticas que se alinham conceitualmente a esses modelos. **Conclusão:** Os achados da revisão demonstram a importância de consolidar diretrizes metodológicas para a implementação da consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua ao paciente com DM2 na APS. Com base nas evidências mapeadas, foi elaborado um guia metodológico para subsidiar a organização e a condução da consulta sequencial com foco no cuidado integral, multiprofissional e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Atenção Contínua; Consulta Sequencial; Atendimento Sequencial; Diabetes Mellito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic, multifactorial condition with high global prevalence and a growing impact on healthcare systems. This condition demands care strategies focused on longitudinal monitoring, user empowerment, and multidisciplinary integration. In this context, sequential consultations, a continuous care tool that includes sequential multidisciplinary care within the same shift, are essential tools, contributing to the therapeutic bond, consistent care, and personalized treatment plans in Primary Health Care (PHC). Despite their relevance, there is a lack of a structured methodological model for their application in adults with T2DM. **Objective:** To evaluate the evidence on sequential consultations through a scoping review to support the development of a methodological guide for sequential consultations. **Methods:** A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines and the PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) recommendations. The research question was defined based on the acronym PCC (Population: adults with T2DM; Concept: sequential consultation; Context: PHC). Searches were conducted in eight scientific databases (PubMed, BVS, Web of Science, Scopus, Embase, CINAHL, Cochrane Library, and Epistemonikos) and supplemented by institutional sources and gray literature (Google Scholar, academic repositories, and government documents). Data selection and extraction were performed by independent reviewers, based on a previously tested instrument. Data were organized into thematic tables and analyzed descriptively and interpretively.

Results: Twenty studies were included in the review. Evidence suggests that sequential consultations are a promising resource for ensuring continuity of care for patients with T2DM, especially when combined with multidisciplinary teams and risk stratification strategies, health education, and supported self-care. Although the term "sequential consultation" is not uniformly used in studies, continuous care is almost universally used; many describe practices that conceptually align with these models.

Conclusion: The review findings demonstrate the importance of consolidating methodological guidelines for implementing sequential consultations as a tool for continuous care for patients with T2DM in PHC. Based on the mapped evidence, a methodological guide was developed to support the organization and conduct of sequential consultations, focusing on comprehensive, multidisciplinary, and person-centered care.

Keywords: Continuing Care; Sequential Consultation; Sequential Care; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

QUADRO 2 – CATEGORIAS DE RESULTADOS E ESTUDOS CORRESPONDENTES

QUADRO 3 – EIXOS CENTRAIS E ESTUDOS CORRESPONDENTES

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PIRÂMIDE DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO MACC

FIGURA 2 – DIAGRAMA DE FLUXO DO PRISMA, 2020: PROCESSO DE SELEÇÃO EM BANCOS DE DADOS, REGISTROS E OUTRAS FONTES

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DA CONSULTA SEQUENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 OBJETIVOS.....	13
1.1 OBJETIVO GERAL.....	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Diabetes Melito Tipo 2.....	15
3.2 Fatores de Risco do Diabetes Melito Tipo 2.....	16
3.3 Cenário Mundial do Diabetes Melito Tipo 2.....	17
3.4 Cenário no Brasil do Diabetes Melito Tipo 2	18
3.5 Recomendações para o Cuidado com o Diabetes Melito Tipo 2.....	19
3.6 Desafios Sistêmicos na Atenção às Condições Crônicas	20
3.7 As Inovações Tecnológicas na Atenção Primária em Saúde	23
3.8 Empoderamento e Construção da Autonomia no Manejo das DCNT	24
3.9 A Atenção Contínua para Pacientes com DCNT, em especial DM2	25
3.10 Atendimento Sequencial e Equipe Multidisciplinar na Atenção Contínua.....	30
3.11 Estratificação de Risco e Atenção Contínua	32
3.12 Estratificação de Risco em Pacientes com Diabetes Melito Tipo 2.....	34
3.13 Modelo de Atenção de Condições Crônicas (MACC).....	36
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
5 PRIMEIRO PRODUTO TÉCNICO:PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO	43
6 PRODUTO BIBLIOGRÁFICO: ARTIGO REVISÃO DE ESCOPO	55
7 SEGUNDO PRODUTO TÉCNICO: Guia Metodológico para Consulta Sequencial em Adultos com DM2 na APS.....	79
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
9 ANEXOS	106
A.NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (RMFC)	

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado constitui o Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS (PPGATSUS), do Grupo Hospitalar Conceição. Está estruturada conforme as normas institucionais e compreende: objetivos, introdução, revisão da literatura, referências, produtos (técnicos e bibliográfico), conclusões e considerações finais e apêndices e anexos.

Os produtos deste trabalho foram:

- **Primeiro produto técnico:** Protocolo de Revisão de Escopo, elaborado com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), seguindo as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols* – extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR), com registro no repositório Open Science Framework (OSF);
- **Produto bibliográfico:** Revisão de Escopo desenvolvida a partir do protocolo, visando identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre a consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua ao paciente com diabetes melito tipo 2 (DM2) na Atenção Primária à Saúde (APS);
- **Segundo produto técnico:** elaboração de um *Guia Metodológico para a Consulta Sequencial de Adultos com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde (APS)*, com foco na implementação de tecnologias leves e leve-duras, alinhado às diretrizes do SUS

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Revisar as evidências em relação às metodologias aplicadas na consulta sequencial em adultos com Diabetes Melito Tipo 2 (DM2) na Atenção Primária à Saúde (APS) e elaborar um guia metodológico de consulta sequencial para essa população.

1.2 Objetivos específicos

- Elaborar um protocolo de revisão de escopo, segundo as diretrizes do JBI e do PRISMA-ScR, para definir de forma estruturada e transparente a questão de pesquisa, critérios, métodos e estratégias de busca voltados à identificação e síntese das evidências sobre metodologias aplicadas na consulta sequencial em adultos com DM2 na APS;
- Realizar a revisão de escopo para revisar as evidências em relação às metodologias aplicadas na consulta sequencial em adultos com DM2 na APS
- Elaborar um guia metodológico de consulta sequencial para adultos com DM2 na APS

2 INTRODUÇÃO

O DM2 configura-se como uma doença crônica não transmissível (DCNT), caracterizada por etiologia multifatorial, início insidioso, prognóstico frequentemente incerto, curso prolongado ou indefinido, variações clínicas ao longo do tempo, possibilidade de episódios agudos e risco de incapacidades (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a atual transição demográfica, marcada pelo aumento da proporção de idosos na população e pela alteração do perfil epidemiológico, tem contribuído significativamente para a elevação da prevalência de doenças crônicas, bem como para o maior uso dos serviços de saúde por esse grupo etário.

O estilo de vida predominante na sociedade contemporânea tem influenciado significativamente os padrões alimentares, os quais, quando associados ao

sedentarismo, contribuem para o aumento da obesidade — um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Nas últimas três décadas, observa-se uma elevação expressiva nas taxas de prevalência dessa condição (BRASIL, 2020).

Diante desse cenário, impõe-se a necessidade de reestruturação das equipes de APS, de modo a possibilitar respostas efetivas tanto às demandas relacionadas às doenças agudas quanto às condições crônicas, estas marcadas por sua complexidade e elevada prevalência (BRASIL, 2020). O principal desafio consiste na organização de um sistema de saúde que priorize ações de prevenção e promoção da saúde, assegure a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos e contribua para a redução dos índices de morbimortalidade associados a essas enfermidades.

Entre as estratégias a serem incorporadas no âmbito da APS, destaca-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido por Wagner e adaptado ao contexto brasileiro por Mendes (MENDES, 2012). Essa proposta visa estruturar o enfrentamento qualificado das doenças crônicas no sistema de saúde, promovendo mudanças nas práticas assistenciais e na organização dos serviços.

Dentre os principais componentes do MACC, ressaltam-se: a estratificação dos usuários conforme os riscos e vulnerabilidades, com intervenções individuais e coletivas orientadas pelo estrato de risco; o cuidado compartilhado entre diferentes níveis e atores da rede de atenção; o apoio sistemático ao autocuidado; a qualificação das ações de prevenção, inclusive com ênfase na prevenção quaternária; e a reformulação dos saberes e práticas profissionais, com a incorporação de abordagens interdisciplinares baseadas nas ciências sociais, neuropsicológica, economia da saúde e intervenções comportamentais (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

A Atenção Contínua (AC) é uma tecnologia em saúde desenvolvida para o manejo de pessoas com condições crônicas, não agudizadas, de maior complexidade, que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais, compartilhadas pelas equipes da APS. Como ferramenta utilizada na atenção contínua, a consulta sequencial vai ao encontro do que é preconizado na abordagem às doenças crônicas, por estas se tratarem de condições de alta prevalência e por serem multifatoriais, envolvendo determinantes biológicos e socioculturais (MENDES, 2012).

A consulta sequencial compartilhada tem se apresentado como uma das ferramentas da AC, conforme descreve Mendes: trata-se de uma consulta com uma equipe multiprofissional para um grupo de pessoas que apresentam um determinado

problema ou patologia em comum, onde ocorre a participação, em tempos definidos e distintos, de profissionais de diferentes formações, habilidades e competências. Essas consultas ocorrem de forma sequencial, em um mesmo dia e turno, onde o indivíduo compartilha suas vivências com profissionais de diferentes formações que dividem e somam entre si, através de suas competências, as informações a serem dadas ao indivíduo, finalizando o atendimento com atividades em grupo, com o objetivo de promover a educação em saúde (MENDES, 2012). Por suas características, a consulta sequencial pode ser superior à abordagem usual no cuidado do DM2.

Entretanto, não há na literatura uma sistematização de modelo de consulta sequencial para pacientes adultos com DM2 na AP. Diante disso, esta dissertação tem como objetivo revisar as evidências em relação às metodologias aplicadas na consulta sequencial em adultos com DM2 na APS para elaborar um guia metodológico de consulta sequencial para essa população.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Diabetes Mellito Tipo 2

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constitui um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos caracterizados pela hiperglicemia, resultante de alterações na ação e/ou secreção de insulina, associadas a defeitos na regulação da produção hepática de glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015; 2019).

Essa forma da doença corresponde a aproximadamente 90 a 95% dos casos diagnosticados. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo predisposição genética e fatores ambientais, entre os quais se destacam o sedentarismo, a alimentação hiperlipídica e o processo de envelhecimento. O diagnóstico geralmente ocorre após os 40 anos de idade, sendo comum que os indivíduos acometidos apresentem sobrepeso ou obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

3.2 Fatores de Risco do DM2

Os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) compreendem um conjunto de condições e características que aumentam a probabilidade de ocorrência da doença. Tais fatores podem ser classificados em modificáveis, passíveis de prevenção ou controle por meio de intervenções no estilo de vida e no manejo clínico, e não modificáveis, relacionados a aspectos intrínsecos do indivíduo, como predisposição genética e envelhecimento. A compreensão dessa distinção é fundamental para orientar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, onde a atuação integrada da equipe multiprofissional é determinante para reduzir a incidência e as complicações associadas ao DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2023; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2023).

3.2.1 Fatores de Risco Modificáveis:

- Obesidade e sobrepeso: o excesso de peso, especialmente a obesidade abdominal, está fortemente associado ao desenvolvimento de resistência à insulina (PINHEIRO, 2025);
- Sedentarismo: a falta de atividade física regular contribui para o aumento do risco de DM2, independentemente do peso corporal (LIMA et al., 2021);
- Dieta inadequada: o consumo elevado de alimentos ultra processados, ricos em açúcares e gorduras saturadas, está relacionado ao aumento do risco da doença (SCANDIFFIO; JANSSEN, 2021);
- Tabagismo: o hábito de fumar está associado a um aumento significativo no risco de desenvolvimento de DM2 (PINHEIRO, 2025);
- Consumo excessivo de álcool: o consumo elevado de bebidas alcoólicas pode contribuir para a resistência à insulina e disfunções metabólicas (SCANDIFFIO; JANSSEN, 2021).

3.2.2 Fatores de Risco Não Modificáveis:

- Idade avançada: o risco de DM2 aumenta significativamente após os 45 anos (PINHEIRO, 2025);
- História familiar: indivíduos com parentes de primeiro grau com DM2 têm risco aumentado de desenvolver a doença (VASCONCELOS et al., 2008).

- Etnia: certos grupos étnicos, como afrodescendentes, hispânicos e asiáticos, apresentam maior predisposição ao DM2 (PINHEIRO, 2025);
- Histórico de diabetes gestacional: mulheres que tiveram diabetes durante a gestação possuem maior risco de desenvolver DM2 posteriormente (PINHEIRO, 2025);

A identificação e o controle desses fatores de risco são fundamentais para a prevenção e o manejo eficaz do DM2, destacando a importância de estratégias de saúde pública voltadas para a promoção de estilos de vida saudáveis (BRITO, 2024).

3.3 Cenário Mundial do DM2

O panorama atual do DM2 evidencia uma alta prevalência global, com números que vêm aumentando de forma contínua e expressiva. Segundo estimativas da International Diabetes Federation (IDF), em 2024, aproximadamente 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos conviviam com o diabetes, sendo que mais de 90% desses casos correspondiam ao tipo 2, caracterizando, portanto, uma prevalência elevada dessa condição crônica (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2025). As projeções da IDF indicam que, até 2050, esse número poderá atingir 853 milhões de pessoas, representando cerca de um em cada oito adultos em todo o mundo. Esses dados evidenciam a magnitude do problema e reforçam a necessidade de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado da doença.

A prevalência do DM aumentou significativamente nas últimas décadas. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a prevalência global da doença em adultos subiu de 7% para 14% entre 1990 e 2022, com os países de baixa e média renda apresentando os maiores aumentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). Além disso, estima-se que 43% dos adultos com DM (cerca de 252 milhões de pessoas) não foram diagnosticados, o que agrava o risco de complicações e mortalidade associadas à doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2025).

3.4 Cenário no Brasil do DM2

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa um dos principais desafios de saúde pública no Brasil. Dados do Vigitel 2023 indicam que a prevalência de DM na população adulta brasileira é de 10,2%, sendo que aproximadamente 90% desses casos correspondem ao tipo 2 (BRASIL, 2023). Estima-se que cerca de 20 milhões de brasileiros convivam com a doença, incluindo aproximadamente 600 mil casos de DM1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025). O País ocupa a sexta posição mundial em número absoluto de casos de DM, conforme o Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA, 2023).

A prevalência é particularmente elevada entre os idosos, alcançando 30,4% na faixa etária acima de 65 anos (OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA, 2023). Estima-se ainda que cerca de 50% dos indivíduos com DM no Brasil desconheçam o diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Historicamente, ao final da década de 1980, a prevalência de DM2 na população adulta era de 7,6% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde identificou que 6,2% da população com 18 anos ou mais relataram diagnóstico da doença, com maior prevalência entre mulheres (7,0%) em comparação aos homens (5,4%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Já em 2014, estimava-se que 11,9 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos viviam com DM, número que poderia chegar a 19,2 milhões até 2035.

Em relação ao nível de escolaridade, indivíduos sem instrução formal ou com ensino fundamental incompleto apresentam maior prevalência de DM2. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos raciais de brancos, pretos e pardos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Mudanças no estilo de vida, especialmente no padrão alimentar, têm contribuído para o aumento da prevalência do DM2. Um estudo com a comunidade nipo-brasileira revelou elevação da taxa de prevalência de 18,3% em 1993 para 34,9% em 2000, atribuída tanto à possível suscetibilidade genética quanto ao impacto das modificações comportamentais. Evidências de um estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes no Brasil indicam que a idade está positivamente associada

à ocorrência da doença, com incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% entre 60 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

As desigualdades socioeconômicas também influenciam significativamente a prevalência e o acesso ao tratamento do DM2 no País. Pesquisas apontam que fatores como renda per capita, escolaridade e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão associados à variação na ocorrência da doença e na utilização dos serviços de saúde (COSTA et al., 2025).

O impacto econômico do DM é expressivo: em 2024, os gastos globais com saúde relacionados à doença ultrapassaram 1 trilhão de dólares, representando um aumento de 338% nos últimos 17 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2025).

3.5 Recomendações para o Cuidado com o DM

As diretrizes da ADA para 2025 enfatizam as seguintes abordagens nos cuidados com o DM2:

- Abordagem centrada na pessoa: utilização de linguagem inclusiva e foco nas necessidades individuais dos pacientes, promovendo sua autonomia no cuidado.
- Tecnologia no manejo do DM: incorporação de tecnologias como monitores contínuos de glicose e bombas de insulina para melhorar o controle glicêmico.
- Educação em autogestão: promoção de programas de educação que capacitem os pacientes a tomar decisões informadas sobre seu tratamento.
- Empoderamento do Paciente como Estratégia para o Autocuidado em DCNT

3.6 Desafios Sistêmicos na Atenção às Condições Crônicas

Mendes, 2012 destaca que os sistemas de atenção à saúde, tanto nos países desenvolvidos quanto no Brasil — em especial no Sistema Único de Saúde (SUS) — enfrentam uma crise contemporânea. Tal crise está ancorada no

descompasso entre o atual perfil epidemiológico, marcado pela predominância das condições crônicas, e a configuração histórica desses sistemas, estruturados majoritariamente para responder a demandas agudas e exacerbações episódicas. Essa organização se caracteriza por fragmentação, reatividade e intervenções pontuais. O autor evidencia, portanto, uma incoerência em escala global entre o panorama das condições de saúde e a estrutura vigente dos sistemas de atenção.

Diante desse contexto, torna-se urgente reavaliar o modelo assistencial centrado nas condições agudas, uma vez que esse formato não atende satisfatoriamente às exigências impostas pela transição epidemiológica. Mendes (2012) observa que, embora o atendimento às condições agudas continue necessário — considerando que condições crônicas também podem se agravar —, sua organização não pode permanecer como eixo central ou prioritário do sistema.

Segundo o autor, a origem da crise dos sistemas de saúde reside essencialmente na desarticulação entre fatores contextuais e internos. Os sistemas operam sob uma lógica dialética entre elementos externos — como o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, os avanços da ciência e a incorporação de novas tecnologias — e fatores internos, que abrangem cultura organizacional, disponibilidade de recursos, modelos de financiamento e incentivo, estrutura institucional e estilos de liderança e gestão. Mendes (2012) argumenta que a velocidade com que se transformam os fatores externos não é acompanhada pela reorganização dos fatores internos, resultando em um descompasso estrutural que compromete a efetividade dos sistemas de saúde.

A partir dessa análise, o autor propõe a urgente reconfiguração dos processos de trabalho em saúde no Brasil. Tal reformulação exige o rompimento com o modelo médico-hegemônico ainda predominante, inclusive na APS, e a adoção de práticas centradas no sujeito/usuário. Para tanto, é necessário fomentar construções coletivas que integrem as necessidades dos indivíduos com a atuação de diferentes profissionais da saúde, valorizando as tecnologias leves e promovendo novas formas de cuidado.

Outro aspecto relevante refere-se à formação dos profissionais de saúde, ainda voltada para o atendimento individualizado e biomédico. Há uma lacuna

significativa no que diz respeito ao domínio de metodologias pedagógicas, abordagens grupais e estratégias voltadas ao empoderamento dos usuários, o que limita a capacidade de transformação das práticas em saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde deve ir além da transmissão de conteúdos técnicos. Trata-se de um processo que permite aos indivíduos assimilar valores culturais e, a partir disso, reproduzir ou transformar códigos sociais. A pedagogia da problematização configura-se como abordagem apropriada para práticas educativas em saúde, pois reconhece o saber do educando, promove o desenvolvimento pessoal e social, estimula a participação ativa e fortalece habilidades humanas e técnicas (Pereira, 2003).

Há evidências crescentes que reafirmam o papel fundamental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e da comunidade no fornecimento de apoio contínuo. A educação voltada à autogestão do diabetes, aliada ao suporte para o autocuidado, associa-se ao aumento do uso dos serviços de APS e de prevenção, com consequente redução da procura por serviços de urgência e internações hospitalares (American Diabetes Association, 2017).

Além dos desafios organizacionais e formativos, os próprios pacientes com DM vivenciam dificuldades intrínsecas à convivência com uma condição crônica. O DM é uma doença complexa e prolongada, que demanda acompanhamento contínuo e estratégias multifatoriais para o controle glicêmico e redução de riscos. A educação em saúde e o apoio sistemático ao autocuidado revelam-se indispensáveis para a prevenção de complicações agudas e a mitigação dos riscos de longo prazo. Evidências robustas apontam para o impacto positivo de intervenções educativas na melhoria de desfechos clínicos e da qualidade de vida de pessoas com diabetes (American Diabetes Association, 2017).

Diversos estudos, como o *Finnish Diabetes Prevention Study*, o *Diabetes Prevention Program* e a coorte longitudinal de enfermeiras americanas, demonstram a eficácia de intervenções voltadas ao estilo de vida na redução significativa da incidência de DM2 (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015/2016).

O gerenciamento do estilo de vida é um componente central do cuidado ao DM, abrangendo educação e suporte ao autocuidado, terapia nutricional, estímulo à atividade física, aconselhamento para cessação do tabagismo e cuidados psicossociais. Indivíduos com condições crônicas, em especial aqueles com DM2, e suas famílias, devem ser informados, motivados e capacitados para seguirem o plano terapêutico prescrito. É essencial que compreendam a natureza da doença, reconheçam sinais de agravamento e saibam como e onde buscar auxílio (Brasil, 2014b).

Esse processo exige autoconhecimento, entendimento do curso clínico da doença, consciência sobre os próprios limites, valorização das redes de apoio e conhecimento sobre a organização da rede de atenção à saúde. Assim, os serviços de saúde devem ser estruturados de forma a valorizar todos os sujeitos envolvidos no cuidado — profissionais, pacientes e familiares — com base na premissa de que o indivíduo é o principal agente de seu processo de autocuidado.

Recomenda-se que todas as pessoas com DM2 participem de atividades educativas voltadas ao autocuidado. Essas ações devem contemplar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida de cada paciente. Essa abordagem é fundamental para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à autogestão eficaz da condição, que está associada a melhores desfechos clínicos, à melhoria do estado geral de saúde e à qualidade de vida. Os resultados dessas intervenções devem ser monitorados continuamente, constituindo-se em metas centrais da educação em saúde e do suporte ao autocuidado (American Diabetes Association, 2017).

3.7 As Inovações Tecnológicas na APS: Novas Abordagens para as Condições Crônicas

A APS constitui o nível do sistema de saúde responsável pela entrada das demandas relacionadas a novas necessidades e problemas, oferecendo cuidado longitudinal à pessoa, abrangendo a maioria das condições de saúde, exceto as incomuns e raras, e coordenando ou integrando a atenção realizada em outros níveis (STARFIELD, 2002). Segundo esta autora, a APS caracteriza-se por uma organização menos intensiva e hierárquica, mais

adaptável às mudanças nas necessidades sociais de saúde e centrada na pessoa.

A APS configura-se como um modelo organizacional dos sistemas e serviços de saúde, que demanda das equipes um trabalho complexo, multidisciplinar, utilizando metodologias e ferramentas comprovadamente eficazes (BRASIL, 2014b). É neste campo que se torna possível refletir sobre a dinâmica do trabalho em saúde e implementar novas tecnologias, essenciais para o manejo das condições crônicas e do DM2.

Mehry (2013) propõe uma visão do trabalho em saúde como um trabalho vivo e criador, destacando que o conceito de tecnologia ultrapassa a mera associação a equipamentos, incorporando também as práticas e ações realizadas nos serviços. O processo de trabalho em saúde, sob essa ótica, abre-se para práticas inovadoras que enfrentam as necessidades de saúde mediante tecnologias leves e relações humanas, pautadas na ética do compromisso com a vida e expressas na dimensão assistencial por meio do acolhimento, criação de vínculo, produção da resolutividade e promoção da autonomia dos sujeitos (MEHRY, 2013).

Esse autor conceitua três valises que permeiam a atuação do profissional de saúde: a valise da mão, que contém equipamentos e tecnologias duras; a valise da cabeça, composta por saberes estruturados e tecnologias leves; e a valise relacional, presente no encontro entre trabalhador e usuário, onde se materializam as tecnologias leves que produzem relações humanas no ato do cuidado (MEHRY, 2013).

3.8 Empoderamento e Construção da Autonomia no Manejo de Condições Crônicas

O enfrentamento das condições crônicas, como o DM2, demanda estratégias que valorizem tecnologias leves e o trabalho relacional. Entre as metodologias discutidas destacam-se a entrevista motivacional, a pedagogia da problematização, abordagens centradas na família, educação entre pares, consultas coletivas, sequenciais e multidisciplinares, todas voltadas à promoção do autocuidado

e da autonomia (BRASIL, 2014b). Essas práticas propõem superar modelos fragmentados, ampliando o protagonismo dos usuários.

A atenção à saúde deve estar articulada a um esforço institucional de promoção da autonomia dos sujeitos. Isso implica reformulações nas práticas clínicas, de saúde coletiva e de gestão, com valorização da singularidade e fortalecimento da capacidade reflexiva e de agência dos indivíduos (ONOCCO CAMPOS; CAMPOS, 2012). A autonomia, neste contexto, é compreendida como a habilidade de lidar com as interdependências sociais, culturais e institucionais, a partir da construção crítica e democrática de sentidos e metas pessoais.

Sua constituição depende de fatores internos e externos, como políticas públicas, valores culturais e o funcionamento das instituições. O sujeito autônomo é aquele capaz de refletir, agir e negociar com os sistemas de poder (ONOCCO CAMPOS; CAMPOS, 2012). Assim, reconhecer a complexidade do sujeito e incorporar ações técnicas, éticas e relacionais é essencial para intervenções efetivas. O vínculo estabelecido entre profissional e usuário possibilita a construção compartilhada do cuidado (ONOCCO CAMPOS; CAMPOS, 2012).

Os processos educativos voltados ao autocuidado devem ser centrados nas vivências do paciente com DM2, suas prioridades e decisões cotidianas. O empoderamento, alinhado à problematização, constrói-se em parceria com a rede de apoio, tendo o profissional como facilitador. Este papel inclui esclarecer dúvidas, problematizar temas relevantes e ajudar na compreensão das decisões (FUNNELL; ANDERSON, 2010).

As pessoas com DM2 enfrentam múltiplas decisões diárias sobre alimentação, atividade física, medicamentos, estresse e interação com o sistema de saúde. Nesse sentido, a autonomia é elemento central da autogestão e está associada à disposição de enfrentar desafios comportamentais (ANDERSON et al., 2000). As equipes devem fornecer ferramentas que fortaleçam o empoderamento, promovendo resultados em saúde sustentáveis (CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014).

O empoderamento favorece o desenvolvimento da consciência crítica e de estilos de vida saudáveis, opondo-se ao modelo assistencial centrado apenas na

adesão passiva a prescrições (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). Intervenções baseadas nesse conceito visam transformar o paciente em agente ativo do seu cuidado, ainda que os profissionais detenham o saber técnico (FUNNELL; ANDERSON, 2010).

Persistem desafios para adoção desse paradigma, em parte devido à formação centrada na abordagem de doenças agudas. Nesse sentido, Funnell e Anderson (2010) propõem cinco princípios do empoderamento no cuidado ao DM:

- 1- O paciente é responsável por 98% do seu cuidado diário;
- 2- As decisões cotidianas impactam diretamente sua saúde;
- 3- A rotina influencia e é influenciada pela doença;
- 4- O controle da autogestão não pode ser delegado;
- 5- Os profissionais não têm controle integral sobre o cuidado e não devem ser responsabilizados por todas as decisões do paciente.

O empoderamento, portanto, é um processo educativo e relacional que promove o protagonismo do usuário. Ainda assim, o modelo biomédico persiste, dificultando a corresponsabilização. A escuta qualificada e o acolhimento são indispensáveis para o estabelecimento de vínculos terapêuticos e para a inclusão efetiva do paciente nas decisões sobre seu tratamento (ONOCKO CAMPOS et al., 2013)

3.9 A Atenção Contínua para pacientes com DCNT em especial DM2

A atenção contínua pode ser entendida como o acompanhamento sistemático, coordenado e longitudinal das necessidades de saúde do paciente, realizado ao longo do tempo de forma articulada entre os diferentes pontos da rede de atenção — assegurando continuidade e integralidade dos cuidados (MENDES, 2012). Além disso, é considerada uma tecnologia em saúde que perpassa o atendimento episódico, estruturada por meio de um plano de cuidados centrado no usuário, com atuação Inter profissional (Guia Tutorial, 2017). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel central como primeiro ponto de contato e centro de coordenação, orientando-se pelos princípios da continuidade do cuidado, integralidade e responsabilização na gestão das condições

crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Essa lógica evita a fragmentação no atendimento, fortalecendo o acompanhamento longitudinal essencial à efetividade do cuidado em doenças crônicas (OPAS/OMS, 2025)

Segundo Mendes (2012), a crise dos sistemas de saúde contemporâneos está diretamente relacionada à dificuldade em alinhar fatores internos como cultura organizacional, recursos disponíveis e modelos de gestão, com as transformações sociais e epidemiológicas, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, a atenção contínua surge como resposta à necessidade de reorganizar o trabalho em saúde, especialmente na Atenção Primária, para promover um cuidado centrado no usuário, que contemple suas singularidades e respeite a integralidade da atenção.

O autor enfatiza que a atenção contínua requer a superação do modelo biomédico tradicional, baseado no atendimento pontual e fragmentado, para dar lugar a um modelo ampliado que privilegia a longitudinalidade e a coordenação entre níveis de atenção. Essa abordagem pressupõe o desenvolvimento de vínculos duradouros entre profissionais e usuários, o trabalho em equipe interdisciplinar e o uso de tecnologias leves que valorizem o diálogo, o empoderamento do paciente e a corresponsabilização pelo cuidado (MENDES, 2012).

Além disso, Mendes (2012) ressalta a importância da educação em saúde como ferramenta indispensável para a atenção contínua, especialmente no manejo de doenças crônicas. A educação deve promover a autonomia dos pacientes, estimulando a reflexão crítica e o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, em consonância com as necessidades e contextos específicos de cada indivíduo. O autor sublinha que essa prática educativa deve ir além da simples transmissão de informações, configurando-se como um processo dialógico que valoriza o saber do sujeito e sua experiência de vida.

A implementação da atenção contínua enfrenta desafios significativos, como a fragmentação dos serviços, a falta de integração entre níveis de atenção e a insuficiência de capacitação dos profissionais para o trabalho coletivo e centrado no usuário. Mendes (2012) propõe, portanto, a necessidade de reconfigurar os processos

de trabalho, adotando metodologias participativas e organizando o cuidado em rede, para garantir a longitudinalidade e a integralidade da atenção.

A atenção contínua para pacientes com doenças crônicas, segundo Eugênio Vilaça Mendes, exige a construção de um modelo de cuidado que ultrapasse a simples resolução de episódios agudos, favorecendo o acompanhamento prolongado, a coordenação efetiva entre serviços e o protagonismo do usuário no processo de cuidado. Tal modelo demanda, ainda, a valorização das tecnologias leves, o trabalho interdisciplinar e o compromisso ético com a autonomia e o empoderamento dos pacientes, configurando-se como um vetor essencial para a transformação dos sistemas de saúde diante dos desafios atuais.

Trata-se de um conceito central na gestão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas a DM2, visto que essas condições demandam cuidados prolongados, integrados e coordenados, com foco na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida dos pacientes. Segundo Starfield (2002), a atenção primária à saúde deve garantir a continuidade do cuidado ao longo do tempo, oferecendo um vínculo estável entre paciente e profissional, o que facilita o manejo dos problemas crônicos e a coordenação dos serviços necessários. A continuidade da atenção favorece o desenvolvimento de uma relação de confiança, essencial para o autocuidado e a adesão ao tratamento.

De acordo com Mendes et al. (2011), a atenção contínua para pacientes com DM2 implica a reorganização dos serviços para assegurar o acompanhamento longitudinal, evitando a fragmentação do cuidado e promovendo a articulação entre os diferentes níveis assistenciais. Os autores destacam a importância do trabalho em equipe interdisciplinar e da integração entre os profissionais, que deve ser orientada para a construção de planos terapêuticos compartilhados, respeitando as necessidades e o contexto do usuário.

Paim e Teixeira (2011) ressaltam que a atenção contínua está diretamente ligada à integralidade do cuidado, princípio basilar do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles afirmam que o manejo da DM2 demanda um cuidado que vá além do tratamento medicamentoso, envolvendo ações educativas, promoção da saúde e

do autocuidado, acompanhamento social, configurando um cuidado que se estende além dos muros da unidade de saúde.

Ainda, McDonald et al. (2007) enfatizam que a continuidade do cuidado aos usuários com DM2 é um fator determinante para a redução de hospitalizações evitáveis e para a melhoria dos resultados clínicos. O acompanhamento regular e o monitoramento constante permitem intervenções precoces, melhor ajuste terapêutico e fortalecimento da capacidade de autogestão dos pacientes.

Em síntese, a atenção contínua para pacientes com DM2, segundo diversos autores, é um processo complexo que envolve aspectos organizacionais, clínicos e educativos. A articulação entre profissionais e serviços, a centralidade no usuário, a longitudinalidade do acompanhamento e a educação em saúde são elementos indispensáveis para o sucesso desse modelo, que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a eficiência do sistema de saúde.

Nesse contexto, Mendes destaca que a atenção contínua implica a construção de um vínculo sólido entre o paciente e a equipe de saúde, favorecendo o acompanhamento sistemático e a adaptação constante do plano terapêutico às necessidades do indivíduo. A abordagem deve transcender o simples controle glicêmico, incorporando ações educativas, suporte à autogestão, monitoramento das comorbidades e das complicações, além do suporte psicossocial.

A operacionalidade da atenção contínua, segundo Mendes et al. (2011), envolve a utilização de tecnologias leves, como o diálogo, a escuta qualificada e o acompanhamento individualizado, aliados a tecnologias duras, tais como protocolos clínicos, registros eletrônicos e indicadores de monitoramento. A efetiva articulação entre a atenção primária, especializada e hospitalar é crucial para garantir a integralidade e continuidade do cuidado, minimizando a fragmentação dos serviços.

Complementando essa visão, Starfield (2002) enfatiza que a atenção primária deve ser o eixo central do cuidado ao paciente com DM2, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela longitudinalidade no acompanhamento. O acesso facilitado, a abordagem centrada na pessoa e o cuidado integral são essenciais para a eficácia da atenção contínua.

Além disso, Wensing e Grol (2005) ressaltam a importância do engajamento ativo do paciente no processo do cuidado, destacando que a autogestão é um componente crítico na operacionalização da atenção contínua em DM2. A educação em saúde e o suporte motivacional são ferramentas indispensáveis para capacitar o paciente a adotar comportamentos saudáveis, aderir ao tratamento e reconhecer sinais precoces de descompensação.

Por fim, a operacionalização eficaz da atenção contínua no DM2 requer o fortalecimento das equipes multiprofissionais e a adoção de estratégias organizacionais e metodológicas que favoreçam a comunicação e o trabalho colaborativo entre a equipe multidisciplinar, além da valorização do protagonismo do paciente em seu cuidado, conforme apontado por Mendes (2012).

3.10 Atendimento Sequencial e Equipe Multidisciplinar na Atenção Contínua para Pacientes com DM2 na APS

A atenção contínua para pacientes com DM2 na APS requer um modelo de atendimento que seja organizado, sequencial e baseado no trabalho colaborativo de equipes multidisciplinares. Mendes (2012) destaca que a complexidade do cuidado ao paciente com DM2 demanda a articulação integrada de diferentes profissionais da saúde para garantir a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O atendimento sequencial consiste na realização de consultas e procedimentos programados que respeitam a evolução clínica e as necessidades específicas do paciente, promovendo um acompanhamento regular e estruturado. Este modelo facilita a detecção precoce de complicações, ajustes terapêuticos e reforço das ações educativas, favorecendo a autogestão da doença (MENDES et al., 2011)

A equipe multidisciplinar, segundo Mendes e colaboradores (2011), é constituída por profissionais de diversas áreas, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde, que atuam de forma integrada e complementar. Esta equipe promove um cuidado centrado na

pessoa, respeitando sua singularidade e contexto de vida, e realiza um trabalho conjunto para o planejamento, execução e avaliação do cuidado.

Starfield (2002) enfatiza que a APS, ao assumir o papel central na coordenação do cuidado, deve garantir o acesso facilitado aos serviços e o atendimento por equipes qualificadas, capazes de oferecer suporte abrangente e contínuo. A colaboração entre os profissionais potencializa o manejo dos aspectos clínicos, educativos e psicossociais do diabetes.

Além disso, a abordagem sequencial com equipe multidisciplinar contribui para a humanização do cuidado, ampliando a escuta qualificada, o vínculo terapêutico e o empoderamento do paciente para o autocuidado (BRASIL, 2014). O acompanhamento sistemático favorece a adesão ao tratamento, reduz internações evitáveis e melhora os indicadores clínicos.

Portanto, a operacionalização do atendimento sequencial por equipe multidisciplinar na APS representa uma estratégia eficaz para a gestão do DM2, promovendo cuidado contínuo, integral e resolutivo, alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios da APS (MENDES, 2012; MENDES et al., 2011; STARFIELD, 2002).

A consulta sequencial, como ferramenta da atenção contínua, inclui o agendamento de consultas periódicas em um mesmo dia e turno, estruturadas para pacientes com DM2, que envolvem avaliação clínica, acompanhamento de exames laboratoriais, orientações sobre o autocuidado e educação em saúde, além da revisão e ajuste do plano terapêutico. A atenção deve ser multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde, que trabalham de forma integrada para monitorar fatores de risco, prevenir complicações e promover o empoderamento do paciente.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e Mendes (2012), a consulta na atenção contínua para DM2 deve incluir avaliação da glicemia, pressão arterial, estado nutricional, sinais de complicações, além de reforçar a importância da adesão ao tratamento e das mudanças no estilo de vida. A

periodicidade das consultas varia conforme o controle da doença, podendo ser mensal, bimestral ou trimestral.

Além disso, estudos como Baldisserotto et al. (2016) mostram que a estratificação dos pacientes segundo seu grau de risco é essencial para organizar a frequência e intensidade das intervenções, otimizando recursos e melhorando os resultados em saúde.

3.11 Estratificação de Risco e a Atenção Contínua

A estratificação de risco é uma estratégia fundamental para a organização da atenção contínua em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Trata-se de um processo de classificação dos indivíduos segundo a gravidade da doença, o grau de vulnerabilidade e a presença de fatores que possam influenciar o prognóstico e a necessidade de cuidados diferenciados (BALDISSEROTTO et al., 2016).

No contexto da atenção primária à saúde no Brasil, Baldisserotto et al. (2016) destacam que essa abordagem permite identificar os pacientes que demandam maior intensidade de acompanhamento e intervenções específicas, além de possibilitar a alocação mais eficiente dos recursos disponíveis. Pacientes com controle glicêmico instável, presença de comorbidades como hipertensão arterial ou sinais precoces de complicações devem ser incluídos em níveis mais elevados de risco, que requerem consultas mais frequentes, monitoramento clínico rigoroso e suporte multiprofissional contínuo.

Sua aplicação prática envolve indicadores clínicos, laboratoriais e socioeconômicos, como níveis de glicose e hemoglobina glicada, pressão arterial, índice de massa corporal, adesão ao tratamento, condições de moradia, suporte social e comportamento de autocuidado (BRASIL, 2014; MENDES, 2012). Com base nesses dados, elaboram-se planos de cuidado individualizados, com metas terapêuticas e ações específicas para cada nível.

Segundo Baldisserotto et al. (2016), devem ser considerados múltiplos aspectos para orientar essa categorização:

- Gravidade da doença, presença de comorbidades, controle glicêmico e pressórico, complicações associadas;
- Sociodemográficas: idade, escolaridade, renda, condições de moradia e suporte social;
- Comportamentais: adesão ao tratamento, práticas de autocuidado, hábitos alimentares e atividade física;
- Psicossociais: presença de estresse, ansiedade ou outras condições que possam interferir no autogerenciamento.

Essa ferramenta favorece o cuidado proativo e a prevenção de complicações, pois permite antecipar necessidades, realizar intervenções educativas e ajustar condutas antes do agravamento do quadro clínico (TORRES et al., 2010). Também fortalece a coordenação entre diferentes níveis de atenção, facilita o encaminhamento oportuno e mantém o acompanhamento longitudinal dos pacientes.

Ao priorizar o acesso a serviços especializados, organizar a atuação das equipes em atendimentos individuais e coletivos e identificar barreiras ao autocuidado, a estratificação contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde, alocando recursos conforme a real necessidade. Estudos mostram que sua adoção na APS promove maior eficiência do cuidado, redução de complicações e internações hospitalares, além de fortalecer a continuidade da assistência (BALDISSEROTTO et al., 2016; MENDES, 2012; PEREIRA, 2003). Dessa forma, trata-se de uma prática recomendada para o manejo das DCNT no Sistema Único de Saúde (SUS), alinhada aos princípios da integralidade e da equidade.

3.12 Estratificação de Risco em Pacientes com Diabetes Mellito Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde

As diretrizes do Ministério da Saúde, por meio da CONITEC (2024), recomendam a utilização da calculadora HEARTS, desenvolvida pela OPAS/OMS, para estimar o risco cardiovascular em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Essa ferramenta estima a probabilidade de ocorrência de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou morte cardiovascular em um horizonte de 10 anos,

classificando o resultado em cinco categorias, de acordo com o percentual calculado: baixo, moderado, alto, muito alto e crítico (BRASIL, 2024; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025).

Classificação do risco cardiovascular pela calculadora HEARTS:

- Baixo ($< 5\%$) – Risco esperado é muito reduzido, geralmente indicando que estratégias preventivas e monitoramento regular são adequados;
- Moderado ($\geq 5\%$ e $< 10\%$) – Sinal de alerta: requer reforço das mudanças no estilo de vida e acompanhamento mais frequente;
- Alto ($\geq 10\%$ e $< 20\%$) – Indica necessidade de intensificação de intervenções, muitas vezes combinando ações clínicas e multiprofissionais;
- Muito alto ($\geq 20\%$ e $< 30\%$) – Exige abordagem robusta e interdisciplinar, com foco imediato na modificação de fatores de risco;
- Crítico ($\geq 30\%$) – Situação de emergência cardiovascular: demanda resposta rápida, potencialmente com encaminhamento para atenção especializada

A adoção dessa categorização na Atenção Primária à Saúde (APS) facilita a tomada de decisão clínica, pois transforma percentuais de risco em classificações claras que orientam a priorização das intervenções. Também contribui para a comunicação com o paciente, tornando o risco mais compreensível e estimulando a adesão às condutas propostas. Além disso, garante alinhamento com diretrizes internacionais, uma vez que está em consonância com protocolos estabelecidos pela OMS e pela OPAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025).

Além dos parâmetros laboratoriais, a avaliação deve contemplar aspectos clínicos, fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde e variáveis psicossociais que impactam o manejo da doença. Entre esses elementos incluem-se: gravidade do quadro, presença de comorbidades, controle glicêmico e pressórico, escolaridade, renda, condições de moradia, suporte social, adesão ao tratamento, hábitos alimentares, prática de atividade física, níveis de estresse e sintomas de ansiedade (BALDISSEROTTO et al., 2016).

Essa abordagem multifatorial possibilita a identificação de diferentes níveis de vulnerabilidade clínica, social e comportamental, direcionando as intervenções de forma personalizada e eficiente. A categorização do risco orienta a periodicidade das consultas, o tipo de acompanhamento e os recursos a serem mobilizados. Indivíduos classificados em alto risco demandam monitoramento intensivo, visitas regulares, suporte multiprofissional ampliado e articulação com os níveis secundários de atenção. Já aqueles com baixo risco podem ter seguimento mais espaçado, priorizando ações preventivas e educativas (CONASS, 2018).

A classificação obtida subsidia a elaboração de planos terapêuticos individualizados, definindo periodicidade de atendimentos, exames de controle e necessidade de acompanhamento multiprofissional. Essa organização permite adotar abordagens centradas na pessoa e alinhadas ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), considerando, além dos parâmetros biomédicos, o contexto familiar, as condições psicossociais e o nível de autonomia dos usuários (MENDES, 2012).

Portanto, a estratificação de risco, aplicada de forma sistemática na APS, é uma ferramenta essencial para qualificar o cuidado às pessoas com DM2, favorecer o uso racional de recursos, fortalecer a longitudinalidade do acompanhamento e contribuir para melhores desfechos clínicos e funcionais

3.13 Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC): Estratificação de Risco como Pilar

A estratificação de risco constitui um dos pilares do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Wagner e adaptado ao contexto brasileiro por Mendes. Essa estratégia visa à organização da atenção à saúde de forma mais eficiente, permitindo identificar os diferentes graus de complexidade clínica dos usuários, entre eles aqueles com DM2, e planejar intervenções conforme as necessidades individuais. Segundo Mendes (2012), a estratificação deve levar em consideração fatores clínicos, funcionais e psicossociais, como grau de controle da condição, presença de comorbidades e complicações, capacidade de autocuidado, suporte familiar e adesão ao tratamento.

O autor propõe uma lógica piramidal de organização dos usuários, distribuída em três níveis de risco. Na base da pirâmide estão os indivíduos com DM2 em controle clínico adequado, com boa adesão ao tratamento e autonomia para o autocuidado. Esses usuários podem ser acompanhados predominantemente por meio de ações educativas, preventivas e de promoção à saúde. O nível intermediário contempla os pacientes com dificuldades pontuais no manejo da condição, controle clínico instável ou comorbidades moderadas, exigindo uma atenção mais frequente e apoio multiprofissional. No topo da pirâmide encontram-se os usuários com alto risco, que apresentam múltiplas comorbidades, complicações crônicas estabelecidas e baixa capacidade de autogestão, sendo prioritários para o seguimento intensivo e o cuidado compartilhado entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A representação gráfica desse modelo é frequentemente apresentada na forma de uma pirâmide, conforme ilustrado a seguir, evidenciando a proporção de usuários em cada nível e o tipo de intervenção recomendado em cada estrato de risco.



Figura 1: Pirâmide de Estratificação de Risco no MACC

Fonte, Mendes, 2012

Essa abordagem possibilita alocar recursos de forma mais racional, ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) e organizar as linhas de cuidado

de maneira integrada e centrada no usuário. No contexto do DM2, a estratificação orienta não apenas o acompanhamento clínico, mas também o planejamento de ações que visem ao empoderamento do sujeito e à promoção de sua autonomia, aspectos centrais para o sucesso do tratamento a longo prazo.

4 REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2017. *Diabetes Care*, v. 40, suppl. 1, p. S1-S135, 2017.

BALDISSEROTTO, Juliana et al. Modelo de estratificação de risco para condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, v. 19, n. 2, p. 234-245, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Primária à Saúde: Política Nacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto: relatório de recomendação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/RRPCDMD2_Final.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Diabetes Mellitus tipo 2*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/pcdt_resumido_diabete-melito_tipo2.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRITO, Raquel M. de. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2: abordagem atual. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 81, n. 2, p. 102-108, 2024.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção à Saúde: manual do facilitador*. Brasília, DF: CONASS, 2018.

COSTA, André Luiz et al. Desigualdades no acesso ao cuidado em diabetes mellitus no Brasil: uma análise da PNAD e da PNS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, e00012345, 2025.

CUNHA, Gisele A. da; CHIBANTE, Cíntia L. M.; ANDRÉ, Sonia. Empoderamento no autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 43-51, 2014.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FUNNELL, Martha M.; ANDERSON, Robert M. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, v. 28, n. 3, p. 123-127, 2010.

GUIA TUTORIAL. *Etapa 7: Atenção à saúde especializada: atenção ambulatorial especializada*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2017. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa7_aae_anexo2.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

HAMMERSCHMIDT, Karina S.; LENARDT, Maria H. O empoderamento de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4, p. 933-939, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2025.

LIMA, Amanda S. et al. Sedentarismo e risco cardiovascular em pacientes com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 26, e0175, 2021.

MCDONALD, Keith M. et al. Care coordination. In: LOHR, Kathleen N. (ed.). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies*. Vol. 7. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.

MEHRY, Emerson E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MENDES, Eugênio V. et al. *A organização da atenção às condições crônicas: construindo uma rede de atenção à saúde no SUS*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA. *Atlas do diabetes no Brasil*. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2023.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, Brasília, v. 66, esp., p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ONOCKO CAMPOS, Giovanini; CAMPOS, Gastão W. de S. A autonomia do sujeito e o cuidado em saúde: uma abordagem centrada na integralidade. *Saúde e Sociedade*, v. 21, supl. 1, p. 9-18, 2012.

ONOCKO CAMPOS, Giovanini et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2123-2132, 2013.

ORDÚÑEZ, P. et al. HEARTS in the Americas: innovations for cardiovascular risk management in primary health care. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, p. e96, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Atenção primária à saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Calculadora de risco cardiovascular – HEARTS nas Américas*. Washington, DC: OPAS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/heart-nas-america/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *HEARTS in the Americas: cardiovascular risk calculator app*. Washington, D.C.: OPAS, 2025.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen. SUS: avanços e desafios. *Estudos Avançados*, v. 25, n. 71, p. 7-22, 2011.

PEREIRA, Valéria M. *Educação em saúde: práticas educativas na estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

PINHEIRO, Fernanda L. Diabetes tipo 2: fatores de risco, prevenção e estratégias de controle. *Revista Saúde em Foco*, v. 12, n. 1, p. 35-42, 2025.

SCANDIFFIO, Vanessa; JANSSEN, Priscila. Alimentação inadequada e risco de diabetes tipo 2. *Revista de Nutrição Funcional*, v. 13, n. 2, p. 44-50, 2021.

SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: SES-DF, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2025*. São Paulo: Clannad, 2025.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, Helena O. G. L. et al. Monitoramento da assistência à saúde de portadores de diabetes mellitus na Atenção Primária. *Revista da APS*, v. 13, n. 1, p. 29-36, 2010.

VASCONCELOS, Herbert C. F. et al. Fatores de risco associados ao diabetes mellitus tipo 2 em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 11, n. 1, p. 101-112, 2008.

WENSING, Michel; GROU, Richard. Patient involvement in improving general practice care: the impact of patient feedback. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, v. 23, n. 2, p. 68-72, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on diabetes*. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO cardiovascular disease risk charts: updated charts to estimate risk in 21 global regions*. Geneva: WHO, 2019.

5 PRIMEIRO PRODUTO TÉCNICO: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

O presente protocolo foi elaborado com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), seguindo as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols* – extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR). A redação do protocolo cumpriu as normas da *Open Science Framework* (OSF), onde o mesmo foi registrado no repositório, garantindo a transparência e a rastreabilidade do processo metodológico.

A CONSULTA SEQUENCIAL COMO FERRAMENTA DA ATENÇÃO CONTÍNUA NO CONTROLE DO DIABETE MELITO TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Sandra Maria dos Santos Borges

André Klafke

RESUMO

Introdução: A consulta sequencial como ferramenta utilizada na atenção contínua vem ao encontro do que é preconizado na abordagem às doenças crônicas, por se tratarem de doenças de alta prevalência e serem multifatoriais. Entretanto, não há um modelo de consulta sequencial estruturado para atender adultos com diabetes tipo 2.

Objetivo: Revisar as evidências em relação às metodologias aplicadas na consulta sequencial em adultos com diabetes melito tipo 2 na atenção primária à saúde.

Métodos: O protocolo adotará a metodologia sugerida pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e seguirá as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols – extension for scoping reviews* (PRISMA-ScR). A pesquisa será realizada em bases de dados eletrônicas Pubmed/Medline, Embase, Lilacs, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library, Epistemonikos, Google Scholar, Google, além de referências dos estudos encontrados em repositórios estabelecidos pelos autores, assim como dados que forem encontrados na literatura cinzenta: relatórios técnicos, documentos governamentais, dissertações e teses, anais de conferências, boletins informativos, relatórios de pesquisa. Será realizada nos meses de março e abril e março de 2025, sem limite de tempo ou idioma. A seleção inicial

dos artigos será feita com base no título e resumo, conduzida por dois revisores independentes, com um terceiro revisor para as divergências. Os textos completos dos artigos que atendem aos critérios de elegibilidade serão lidos detalhadamente e analisados. Os dados serão extraídos dos artigos selecionados por meio de formulário padronizado, depois resumidos e organizados em categorias relevantes. Estas serão posteriormente analisadas para identificar tendências e padrões na literatura. Em seguida, serão conduzidas análises numéricas e temáticas. Os resultados serão apresentados em fluxograma, seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Contínua; Consulta Sequencial; Atendimento Sequencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde;

1 INTRODUÇÃO

A atenção contínua é uma tecnologia em saúde desenvolvida para o manejo de pessoas com condições crônicas, não agudizadas, de maior complexidade, que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais, compartilhadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Como ferramenta utilizada na atenção contínua, a consulta sequencial vai ao encontro do que é preconizado na abordagem às doenças crônicas, por estas se tratarem de condições de alta prevalência e por serem multifatoriais, envolvendo determinantes biológicos e socioculturais (Mendes, 2012)

O conceito de Atenção Contínua (AC) utilizado aqui é o definido pelo Group Health Cooperative. Ele se equivale a outra definição de atenção contínua à saúde, amplamente aplicada em sistemas públicos, como os do Reino Unido e do Canadá. Nesse contexto, o termo refere-se ao cuidado prestado de forma prolongada para atendimento às necessidades físicas ou psicológicas de usuários com deficiências, sequelas de acidentes ou doenças crônicas. (Mendes, 2012)

A consulta sequencial compartilhada tem se apresentado como uma das ferramentas da AC, conforme descreve Mendes: é uma consulta com uma equipe multiprofissional para um grupo de pessoas que apresentam um determinado

problema ou patologia em comum, onde ocorre a participação, em tempos definidos e distintos, de profissionais de diferentes formações, habilidades e competências. Estas consultas ocorrem de forma sequencial, em um mesmo dia e turno, onde o indivíduo compartilha suas vivências com profissionais de diferentes formações que dividem e somam entre si, através de suas competências, as informações a serem dadas ao indivíduo, finalizando o atendimento com atividades em grupo, com objetivo de promover a educação em saúde. (Mendes, 2012). Por suas características, a consulta sequencial pode ser superior à abordagem usual no cuidado do diabetes melito tipo 2 (DM2).

Diante do exposto este protocolo visa estruturar uma revisão de escopo para examinar a extensão e natureza das evidências científicas sobre as metodologias aplicadas na consulta sequencial para os pacientes com DM2, assim como identificar lacunas de conhecimento relacionados à temática em estudo.

2 QUESTÃO DE REVISÃO

A questão de revisão, conforme o acrônimo PCC (população, conceito e contexto) consiste em: quais são as evidências científicas referentes a como realizar uma consulta sequencial, como ferramenta da atenção contínua, em pacientes adultos com DM2 na atenção primária à saúde?

3 MÉTODO

Este protocolo de revisão de escopo será realizado conforme uma adaptação da metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para esse tipo de estudo. Seguirá também as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols – extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR). O protocolo desta revisão será registrado no Open Science Framework. Caso ocorram alterações metodológicas no protocolo, durante seu desenvolvimento, elas serão registradas no produto final da revisão de escopo.

3.1 Critérios de inclusão

Os estudos a serem avaliados são os que contemplam os critérios do quadro 1.

Quadro 1: Critérios de inclusão dos estudos

Acrônimo PCC	Critérios de Inclusão
P (População)	Adultos (de ambos os sexos) com DM2
C (Conceito)	Consulta Sequencial; Atenção Contínua
C (Contexto)	Atenção Primária à Saúde
Tipos de Fontes de Evidência	Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos antes e depois e estudos de séries temporais, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos, desenhos de estudos observacionais descritivos, como séries de casos, relatos de casos e estudos transversais descritivos. Estudos qualitativos, incluindo, entre outros, designs como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, investigação-ação. Textos e artigos de opinião serão igualmente considerados para inclusão nesta revisão de escopo, livros didáticos, editoriais, materiais governamentais, sites, blogs, cartas, textos de opiniões, dissertações/teses dos repositórios estabelecidos pelos autores; sem limite de ano de publicação e de idioma

Fonte: Autora do estudo, 2025

Serão excluídos os estudos que não vierem ao encontro da questão de pesquisa e do objetivo deste protocolo, estudos duplicados e os que não atendam à temática.

Essa revisão de escopo propõe como contexto a atenção primária em saúde, incluindo unidades básicas de saúde, estratégias de saúde da família e demais serviços que incluam o primeiro nível de atenção no Brasil e em demais países.

3.2 Fontes de informação e estratégia de busca

Serão pesquisadas as bases de dados eletrônicas Pubmed/Medline, Embase, Lilacs, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library, Epistemonikos, Google Scholar, Google, além de referências dos estudos encontrados em repositórios estabelecidos pelos autores, assim como dados pertinentes aos estudos que forem encontrados na literatura cinzenta: relatórios técnicos, documentos governamentais, dissertações e teses, anais de conferências, boletins informativos, relatórios de pesquisa.

A estratégia de busca será direcionada para recrutar estudos publicados e não publicados, utilizando combinações entre os descritores e palavras contidas em títulos, resumos e as palavras-chaves de artigos pertinentes sobre o tema, a fim de formar uma estratégia de busca para cada base de dados selecionada (Apêndice 1). A busca será realizada por dois revisores, independentemente, e as divergências serão resolvidas por consenso ou por decisão de um terceiro revisor.

3.3 Extração de dados:

Os dados serão extraídos conforme os campos do instrumento de extração (Apêndice 2). Para a seleção das publicações, será utilizado o software EndNote (Clarivate Analytics, PA, EUA) para importar, gerenciar e remover duplicatas. Em seguida, os artigos serão transferidos para o software gratuito Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar) para triagem com base no título e resumo, realizada de forma cega entre os revisores. Essa classificação determinará os artigos incluídos e excluídos nessa etapa.

Todas as etapas serão conduzidas por dois revisores de forma independente. Em caso de divergências na seleção dos artigos que não sejam resolvidas entre eles, um terceiro revisor será consultado para a decisão final.

3.4 Processamento e análise dos dados

Após a triagem por título e resumo, todos os artigos selecionados passarão por uma leitura completa para avaliar sua elegibilidade para a revisão. Caso haja dificuldades de acesso ou dúvidas, os autores dos artigos poderão ser contatados durante o processo de seleção. O processo de seleção dos estudos será documentado em um diagrama de fluxo, conforme as diretrizes do PRISMA-ScR10, com sua quantidade e motivos para exclusão.

As informações obtidas dos estudos selecionados serão sintetizadas e organizadas em categorias pertinentes. Em seguida, essas categorias serão analisadas para identificar padrões e tendências na literatura. A análise incluirá abordagens numéricas e temáticas, sendo que a análise temática envolverá a interpretação de trechos de texto para compreender sua relação com a questão de pesquisa. Serão atribuídos códigos aos estudos analisados aqui, definidos com E1; E2; E3 e assim sucessivamente, elaborados e definidos à medida que se aprofunda a análise dos dados.

4 FINANCIAMENTO

Não haverá financiamento para esse estudo, por tratar-se de um protocolo de revisão de escopo com fins de dissertação de mestrado profissional de avaliação de tecnologias em saúde da escola GHC/Ministério da Saúde. Todo e qualquer custo para esta pesquisa ficará ao encargo da autora.

5 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

A concepção do estudo foi realizada por Sandra Maria dos Santos Borges (SMSB) e André Klafke (AK). Os dados serão coletados por SMSB e Rosmere Lasta, como segundo revisor. As análises serão realizadas por SMSB sob supervisão do orientador AK.

6 CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses neste estudo

7 REFERÊNCIAS

BOTELHO, R. G.; OLIVEIRA, C. C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 44, n. 3, p. 501-513, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v44i3.1804>. Disponível em: <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1804>. Acesso em: 11 fev. 2022.

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, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

GREY literature: what is grey literature? *LibGuides*, 2022. Disponível em: <https://libguides.exeter.ac.uk/c.php?g=670055&p=4756572>. Acesso em: 5 abr. 2025.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PETERS, M. D. J. Gerenciando e codificando referências para revisões sistemáticas e revisões de escopo no EndNote. *Medical Reference Services Quarterly*, Filadélfia, v. 36, n. 1, p. 19-31, 2017.

PETERS, M. D. J. et al. Orientação metodológica atualizada para a realização de revisões de escopo. *JBIM Evidence Synthesis*, Adelaide, v. 18, n. 10, p. 2119-2126, 2020.

PETERS, M. D. et al. *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2015.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, Filadélfia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

APÊNDICE 1

Estratégia de Busca

Base de Dados/Plataformas Repositórios	Palavras-chave Indexadores Operadores Booleanos
Pubmed/Medline	Search: (("Primary Health Care"[Mesh] or "Primary Health Care"[tw] or "Care, Primary Health"[tw] or "Primary Care"[tw]) AND ("continuous attention"[tw] or "sequential consultation"[tw])) AND ("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] or "Diabetes Mellitus, Type 2"[tw] or "Diabetes Mellitus, Type II"[tw] AND (alladult[Filter])) Filters: Adult: 19+ years
BVS/LILACS	(mh:"Diabetes Mellitus, Type 2" or tw:"Diabetes Mellitus, Type 2" or tw:"Diabetes Mellitus, Type II") and (mh:"Primary Health Care" or tw:"Primary Health Care" or tw:"Primary Care" or tw:"Healthcare, Primary" or mh:"Atención Primaria de Salud") and (tw:"continuous attention" or tw:"atención continua" or tw:"atenção contínua") mh:"Diabetes Mellitus, Type 2" or tw:"Diabetes Mellitus, Type 2" or tw:"Diabetes Mellitus, Type II" and mh:"Primary Health Care" or tw:"Primary Health Care" or tw:"Primary Care" or tw:"Healthcare, Primary" or mh:"Atención Primaria de Salud" and tw:" sequential consultation "
Web of Science	Busca 1: Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Busca 2: Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Embase	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; continuous attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua

Scopus	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
CINAHL	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Cochrane Library	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Epistemonikos	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Google Scholar	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation

	Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Repositório UFRGS: LUME	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Repositórios PUCRS	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Repositórios Escola GHC: AXIS	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Repositório ULBRA	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
Repositório UFSC	Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária em Saúde; Consulta Sequencial; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Sequential Consultation

	Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Consulta secuencial; Diabete Melito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde; Atenção Contínua Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Continuous Attention Diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Atención continua
--	---

Fonte: Autora do Estudo, 2025

APÊNDICE 2

Instrumento para Extração dos dados

1. Identificação do Estudo	
Título do Artigo	
Autores	
Ano de Publicação	
Fonte	
País de Origem	
Idioma	
DOI ou Link	
2. Características do Estudo	
Tipo de Estudo	
Objetivo do Estudo	
População Estudada	
Faixa Etária	
Tamanho da Amostra	
Local do Estudo	
CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	
3. Intervenção e Estratégia de Atenção Contínua/Consulta Sequencial	
Modelo da Atenção Contínua/Consulta Sequencial utilizado	
Profissionais Envolvidos	
Frequência e intervalos das Consultas	
Tecnologia ou Ferramenta Utilizada	
Adesão dos Pacientes	
Resultados	

Fonte: Autora do Estudo, 2025

6 PRODUTO BIBLIOGRÁFICO

Artigo redigido no formato da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

A CONSULTA SEQUENCIAL COMO FERRAMENTA DA ATENÇÃO CONTÍNUA NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABETE MELITO TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO¹

Sandra Maria dos Santos Borges²
André Klafke³

RESUMO

Introdução: O controle do diabetes melito tipo 2 (DM2) impõe desafios significativos à Atenção Primária à Saúde (APS), muitas vezes não podendo ser obtido através do modelo biomédico tradicional. A consulta sequencial multiprofissional foi proposta como uma alternativa para a qualificação do cuidado ao DM2, embora não tenha ainda sido suficientemente avaliada para esta finalidade. **Objetivo:** Identificar e sistematizar as evidências disponíveis sobre a utilização da consulta sequencial como estratégia de atenção contínua a adultos com DM2 no âmbito da APS. **Métodos:** Revisão de escopo, conforme as diretrizes do checklist PRISMA-ScR. As buscas foram conduzidas nas bases PubMed/MEDLINE, Embase, LILACS, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library e Epistemonikos, além de fontes da literatura cinzenta, como Google Scholar, repositórios institucionais e documentos técnico-governamentais, sem limite de data de publicação ou idioma. Foram incluídas publicações que abordavam a atenção contínua, a consulta sequencial e a atuação multiprofissional no manejo de adultos com DM2 na APS. A seleção e a extração dos dados foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores, com resolução consensual de eventuais divergências. Os resultados foram sintetizados de forma narrativa e descritiva. **Resultados:** Foram incluídos 20 estudos, com datas de publicação entre 2007 e 2023. A análise qualitativa identificou cinco eixos temáticos principais: atenção contínua como modelo de cuidado; consulta sequencial multiprofissional; estruturação de linhas de cuidado; educação em saúde e promoção do autocuidado; e monitoramento clínico. Diversas fontes descreveram experiências

de atendimento multiprofissional organizado em sequência, frequentemente realizado no mesmo turno, com foco no fortalecimento do vínculo, no ajuste terapêutico progressivo e na corresponsabilização do usuário. Entre os desafios relatados, destacam-se limitações de recursos, carências formativas e dificuldades operacionais; por outro lado, o apoio institucional, o uso de protocolos clínicos e o trabalho em equipe mostraram-se facilitadores importantes. **Conclusão:** A consulta sequencial configura-se como estratégia alinhada à atenção contínua, favorecendo a coordenação do cuidado, a adesão terapêutica e a integralidade na APS. Esta revisão identificou três eixos centrais: a atenção contínua como modelo organizador, a consulta sequencial como ferramenta clínico-educativa e a atuação multiprofissional como base da resolutividade. A integração desses eixos fortalece os processos assistenciais e sustenta modelos centrados na pessoa com DM2. Os resultados sustentam a construção de modelos assistenciais efetivos e fundamenta o desenvolvimento de um guia metodológico aplicável ao contexto do SUS

Palavras-chave: Atenção Contínua; Consulta Sequencial; Atendimento Sequencial; Diabetes Mellito Tipo 2; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SEQUENTIAL CONSULTATION AS A TOOL FOR CONTINUOUS CARE IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN PRIMARY HEALTH CARE: A SCOPE REVIEW

Introduction: The control of type 2 diabetes mellitus (T2DM) poses significant challenges to primary health care (PHC), often unable to be achieved through the traditional biomedical model. Sequential multidisciplinary consultations have been proposed as an alternative for improving the quality of care for T2DM, although they have not yet been appropriately evaluated for this purpose. **Objective:** To identify and systematize the available evidence on the use of sequential consultations as a strategy for continuous care for adults with T2DM in the PHC setting. **Methods:** Scope review, according to the PRISMA-ScR checklist guidelines. Searches were conducted in the PubMed/MEDLINE, Embase, LILACS, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library, and Epistemonikos databases, as well as gray literature sources such as Google Scholar, institutional repositories, and technical-governmental documents. Publications addressing continuous care, sequential consultation, and multiprofessional practice in the management of adults with DM2 in PHC were included.

Data selecting and extraction were performed independently by two researchers, with consensual resolution of any discrepancies. The results were synthesized in a narrative and descriptive manner. **Results:** Twenty studies were included, with publication dates between 2007 and 2023. The qualitative analysis identified five main thematic axes: continuous care as a model of care; sequential multiprofessional consultation; structuring of lines of care; health education and promotion of self-care; and clinical monitoring. Several sources described experiences of sequential multiprofessional care, often performed during the same shift, with a focus on strengthening the bond, progressive therapeutic adjustment, and user co-responsibility. Among the challenges reported, resource limitations, training gaps, and operational difficulties stand out; on the other hand, institutional support, the use of clinical protocols, and teamwork proved to be important facilitators. **Conclusion:** Sequential consultation is a strategy aligned with continuous care, favoring care coordination, therapeutic adherence, and comprehensiveness in PHC. This review identified three central axes: continuous care as an organizing model, sequential consultation as a clinical-educational tool, and multiprofessional action as the basis for resolution. The integration of these axes strengthens care processes and supports models centered on people with DM2. The results support the construction of effective care models and provide a basis for the development of a methodological guide applicable to the context of the SUS.

Keywords: Continuous Care; Sequential Consultation; Sequential Care; Type 2 Diabetes Mellitus; Primary Health Care;

RESUMEN

LA CONSULTA SECUENCIAL COMO HERRAMIENTA DE ATENCIÓN CONTINUA EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Introducción: El control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) plantea retos importantes para la atención primaria de salud (APS), que a menudo no pueden superarse con el modelo biomédico tradicional. La consulta secuencial multiprofesional se ha propuesto como una alternativa para mejorar la atención de la DM2, aunque aún no se ha evaluado suficientemente para este fin. **Objetivo:** Identificar y sistematizar la evidencia disponible sobre el uso de la consulta secuencial como estrategia de

atención continua a adultos con DM2 en el ámbito de la APS. **Métodos:** Revisión de alcance, según las directrices de la lista de verificación PRISMA-ScR. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Embase, LILACS, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library y Epistemonikos, además de fuentes de literatura gris, como Google Scholar, repositorios institucionales y documentos técnico-gubernamentales. Se incluyeron publicaciones que abordaban la atención continua, la consulta secuencial y la actuación multiprofesional en el manejo de adultos con DM2 en la APS. La selección y extracción de datos se realizó de forma independiente por dos investigadores, con resolución consensuada de posibles divergencias. Los resultados se sintetizaron de forma narrativa y descriptiva. **Resultados:** Se incluyeron 20 estudios, con fechas de publicación entre 2007 y 2023. El análisis cualitativo identificó cinco ejes temáticos principales: atención continua como modelo de cuidado; consulta secuencial multiprofesional; estructuración de líneas de cuidado; educación en salud y promoción del autocuidado; y seguimiento clínico. Varias fuentes describieron experiencias de atención multiprofesional organizada en secuencia, a menudo realizada en el mismo turno, centrada en el fortalecimiento del vínculo, el ajuste terapéutico progresivo y la corresponsabilidad del usuario. Entre los retos señalados, destacan las limitaciones de recursos, las carencias formativas y las dificultades operativas; por otro lado, el apoyo institucional, el uso de protocolos clínicos y el trabajo en equipo se revelaron como facilitadores importantes. **Conclusión:** La consulta secuencial se configura como una estrategia alineada con la atención continua, favoreciendo la coordinación de la atención, la adherencia terapéutica y la integralidad en la APS. Esta revisión identificó tres ejes centrales: la atención continua como modelo organizador, la consulta secuencial como herramienta clínico-educativa y la actuación multiprofesional como base de la resolución. La integración de estos ejes fortalece los procesos asistenciales y sustenta modelos centrados en la persona con DM2. Los resultados respaldan la construcción de modelos asistenciales eficaces y fundamentan el desarrollo de una guía metodológica aplicable al contexto del SUS

Palabras Clave: Atención continua; Consulta secuencial; Atención secuencial; Diabetes mellitus tipo 2; Atención primaria de salud.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes melito (DM) é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e configura-se como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, em razão de sua alta prevalência, evolução progressiva e associação a inúmeras complicações, tanto agudas quanto crônicas. Estimativas recentes apontam que mais de 800 milhões de pessoas vivem com DM no mundo, sendo 96% com o DM2, caracterizado pela resistência à insulina e deficiência relativa na secreção desse hormônio, e que esse número poderá alcançar 1,3 bilhão até 2050.¹ No Brasil, a prevalência de DM2 na população adulta é de 10,2%, ultrapassando os 30% em idosos.² Além de afetar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, essa doença impõe elevados custos sociais e econômicos, especialmente relacionados a hospitalizações evitáveis e incapacidades decorrentes do mau controle glicêmico.³

Atualmente, há um amplo arsenal de medicamentos e dispositivos disponíveis para o controle do DM2 e para a redução do risco de desenvolvimento de suas complicações.⁴ Entretanto, o modelo biomédico tradicional, centrado em atendimentos isolados e fragmentados, frequentemente se mostra insuficiente para atender às necessidades de usuários com condições crônicas como o DM2.⁵ No Brasil, embora cerca de 92% dos adultos diagnosticados com DM2 recebam algum tipo de tratamento medicamentoso, apenas aproximadamente 36% alcançam níveis adequados de hemoglobina glicada (HbA1c < 7%)⁶. Estudos longitudinais realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) apontam que menos de 45% dos pacientes com DM2 conseguem atingir o controle glicêmico desejado.⁷

Isso indica a necessidade urgente de reorganização do cuidado ao DM2 na APS, nível responsável pelo acompanhamento da grande maioria dos pacientes com essa patologia. Diretrizes nacionais e internacionais reforçam a centralidade do cuidado personalizado, da atuação multiprofissional e do acompanhamento regular no âmbito da APS.⁸ Nesse sentido, a consulta sequencial multiprofissional surge como uma estratégia para melhorar o controle glicêmico desses pacientes, contribuindo para a integralidade do cuidado, com respaldo em modelos como o de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe a reorganização dos sistemas de saúde com base na continuidade e na corresponsabilização.⁹

Essa abordagem propõe a realização de atendimentos multiprofissionais organizados em sequência, no mesmo turno dia, contemplando diferentes dimensões do cuidado, como o clínico, o nutricional, o psicossocial e o educativo. A literatura aponta benefícios associados à implementação dessa estratégia, incluindo a melhoria da adesão terapêutica, o aumento da resolatividade e a promoção do autocuidado.¹⁰

Contudo, os estudos sobre a consulta sequencial ainda são incipientes e fragmentados, carecendo de sistematização metodológica e de maior consolidação conceitual. Diante disso, o objetivo dessa revisão de escopo é buscar e sistematizar as evidências relacionadas à metodologia da consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua no cuidado de adultos com DM2 na APS.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de escopo (scoping review), desenvolvida conforme as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI),¹¹ e reportada de acordo com o checklist PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).¹² Seu protocolo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF), assegurando transparência e reprodutibilidade.

A estratégia metodológica foi delineada para mapear as metodologias aplicadas à consulta sequencial como ferramenta de atenção contínua no cuidado de adultos com DM2 na APS. A pergunta de pesquisa foi construída utilizando o modelo PCC (População, Conceito, Contexto), sendo: P – adultos com DM2; C – consulta sequencial como ferramenta de atenção contínua; e C – serviços de APS. Com base nisso, definiu-se como questão: quais são as metodologias aplicadas na consulta sequencial de adultos com DM2 no âmbito da APS, com vistas à qualificação da atenção contínua?

Foram considerados elegíveis estudos que envolvessem adultos com DM2, abordando a consulta sequencial no contexto da atenção contínua na APS. Foram incluídos, conforme o protocolo, estudos quantitativos (experimentais e observacionais), qualitativos, mistos, livros didáticos, editoriais, materiais governamentais, manuais técnicos, sites, blogs, cartas, textos e artigos de opinião, dissertações/teses e outros textos da literatura cinzenta. Não houve restrição quanto

a idioma ou ano de publicação. Foram excluídas fontes que não abordassem diretamente o tema ou que não respondessem à pergunta de pesquisa.

A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Embase, LILACS, Web of Science, Scopus, CINAHL, Cochrane Library e Epistemonikos, além de fontes da literatura cinzenta, como Google Scholar, Google, anais de congressos, dissertações, repositórios institucionais e referências das publicações encontradas. As estratégias de busca combinaram descritores (DeCS, MeSH) e termos livres através de operadores booleanos adaptados a cada base.

A estratégia de busca na base PubMed/MEDLINE foi "(Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[tw] OR "Care, Primary Health"[tw] OR "Primary Care"[tw]) AND ("continuous attention"[tw] OR "sequential consultation"[tw]) AND ("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[tw] OR "Diabetes Mellitus, Type II"[tw]) AND (alladult[Filter])". Essa busca foi adaptada a cada uma das bases de dados, repositórios e páginas da internet pesquisados.

A seleção das publicações foi conduzida por dois revisores, de forma independente, com divergências resolvidas por consenso. A extração dos dados foi realizada com o auxílio de um instrumento padronizado, previamente construído e testado pelos autores em estudos anteriores, com foco específico na análise da atenção contínua e da consulta sequencial para pacientes com DCNT, especialmente o DM2, no contexto da APS. Esse instrumento foi estruturado em três seções principais: (1) identificação do estudo; (2) características metodológicas e populacionais; e (3) descrição das intervenções ou estratégias relacionadas à atenção contínua e à consulta sequencial. A extração dos dados foi conduzida por dois autores de forma independente, e eventuais divergências foram resolvidas por consenso.

As variáveis extraídas incluíram: título do artigo, autores, ano, fonte, país, idioma, tipo e objetivo do estudo, população estudada, faixa etária, tamanho da amostra, local, critérios de inclusão/exclusão, modelo de atenção adotado, profissionais envolvidos, frequência e intervalos das consultas, tecnologias utilizadas, adesão dos pacientes às estratégias propostas e principais resultados. Os dados foram registrados em planilhas eletrônicas, categorizados conforme o modelo PCC e numerados, permitindo o rastreamento e a análise comparativa entre os estudos.

Não foi realizada avaliação crítica formal da qualidade metodológica, conforme orientações do JBI, uma vez que o objetivo da scoping review é mapear e descrever a extensão das evidências disponíveis, e não julgar sua qualidade. Contudo, foi adotada uma análise contextual e interpretativa das informações, considerando tipo de estudo, aplicabilidade e relevância das evidências.

Os dados foram sintetizados de forma narrativa e descritiva, com categorização por tipo de intervenção, abordagem profissional e resultados observados, respeitando os preceitos de clareza, fidelidade e utilidade para o contexto da prática em saúde pública. Por se tratar de revisão de escopo, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que não envolveu coleta direta de dados com seres humanos.

3 RESULTADOS

Foram identificados 841 registros em bases de dados e registros eletrônicos, incluindo PubMed (n=1), BVS (n=5), Cochrane Library (n=16) e Epistemonikos (n=810) (Figura 1). Desses, 502 registros foram excluídos na leitura inicial do título e resumo por não abordarem a atenção contínua, a consulta sequencial, o cuidado multiprofissional ou o contexto da APS no manejo de adultos com DM2 (critérios PCC). Em seguida, 114 registros duplicados foram removidos, restando 225 para triagem detalhada pelo título e resumo. Nessa etapa, 191 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios pré-estabelecidos: população (adultos com DM2), conceito (atenção contínua e consulta sequencial) e contexto (APS). Com isso, 23 registros seguiram para leitura do texto completo.

Após avaliação integral, 12 estudos foram excluídos por estarem fora do escopo definido pelo PCC, resultando na inclusão de 11 estudos provenientes das bases de dados. Dentre esses, três eram revisões sistemáticas; uma revisão de escopo; uma revisão de literatura narrativa; dois estudos observacionais retrospectivo e um transversal; dois estudos qualitativos (um metodológico e um estudo de caso múltiplo) e um relato de experiência.

A busca em fontes complementares, incluindo Google Scholar, Repositório LUME-UFRGS, Repositório AXIS-GHC, Repositório Ulbra, UFSC, Documentos Governamentais do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde

(OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), UNESCO, FIOCRUZ, CONASS e Biblioteca Virtual de APS (BVAPS), identificou 109 registros. Após a remoção de 10 duplicatas, 99 registros foram avaliados pelo título. Destes, 75 foram excluídos por não atenderem aos critérios PCC. A leitura na íntegra foi realizada em 24 documentos, dos quais 9 foram incluídos na revisão. Dentre os estudos provenientes da literatura cinzenta, 5 eram documentos técnico-normativos elaborados por instituições como o Ministério da Saúde, OPAS, CONASS e a SBD; 1 era uma dissertação de mestrado; 1 era estudo observacional retrospectivo; 1 era relato de experiência e 1, uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso múltiplo. Assim, ao final do processo de seleção, a revisão foi composta por 20 publicações provenientes das bases de dados e da literatura cinzenta.

Os 20 estudos incluídos nesta revisão foram publicados entre os anos de 2001 e 2023, com predominância de produções nacionais (Brasil), seguidas por publicações de países como Reino Unido, Canadá, Espanha, Estados Unidos e Austrália, abrangendo três continentes: América, Europa e Oceania. Os idiomas mais frequentes foram português, inglês e espanhol.

Os estudos incluídos descreveram a participação de diferentes profissionais da saúde na condução das intervenções voltadas ao cuidado de pessoas com DM2 na APS. As equipes multiprofissionais foram compostas, predominantemente, por médicos de família e comunidade, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos. Em alguns estudos, também foram mencionados agentes comunitários de saúde e profissionais de apoio matricial, evidenciando a composição ampliada das equipes.

Os achados demonstram uma ênfase crescente na atuação multiprofissional, com práticas que extrapolam o cuidado centrado exclusivamente no médico e valorizam a contribuição integrada de diferentes categorias profissionais. Entre os enfoques identificados, destacam-se estratégias como planificação da atenção, organização de linhas de cuidado, educação em saúde centrada no usuário e apoio sistemático ao autocuidado.

O **Quadro 1** apresenta uma síntese das características das fontes de evidências incluídas nesta revisão de escopo, destacando aspectos centrais da atenção contínua e da consulta sequencial no cuidado às pessoas com DM2.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados.

Código	Referência	Base de dados / Fonte	Delineamento	Definições
E1	DUKE, S. A.; COLAGIURI, S.; COLAGIURI, R. <i>Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus</i> . Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2009, n. 1, p. CD005268, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2.	Cochrane	Revisão sistemática com meta-análise	Avaliou a efetividade de intervenções educativas individuais, através das consultas multidisciplinares e em grupos, através dos grupos de orientação, para pessoas com (DM2), com foco em desfechos como mudanças comportamentais e conhecimento da doença.
E2	LOVEMAN, E.; FRAMPTON, G. K.; CLEGG, A. J. <i>The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review</i> . Health Technology Assessment, v. 12, n. 9, p. 1–136, 2008.	Epistemonikos / HTA	Revisão sistemática com meta-análise	Eficácia clínica de diversos modelos educacionais no manejo do DM2, incluindo intervenções individuais sequenciais e intervenções em grupo, combinadas no conjunto com a atenção contínua.
E3	GARCÍA MOCHÓN, L.; VALLEJO GODOY, S.; OLLRY DE LABRY LIMA, A. <i>Modelos organizativos en la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2: revisión de la literatura y evaluación económica</i> . Gaceta Sanitaria, v. 26, n. 5, p. 396–401, 2012.	Epistemonikos	Revisão de Literatura Narrativa	Reforça a atenção primária como eixo do cuidado contínuo, com foco na adesão, acompanhamento e articulação.
E4	GULLIFORD, M. C.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. <i>Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus</i> . Annals of Family Medicine, v. 5, n. 2, p. 123–131, 2007.	PubMed	Pesquisa observacional Coorte retrospectiva	Os autores observaram associação positiva entre maior continuidade do cuidado e melhores indicadores intermediários de saúde, sugerindo que o vínculo longitudinal com a equipe multidisciplinar em consultas

Código	Referência	Base de dados / Fonte	Delineamento	Definições
				em sequência pode contribuir para o manejo mais eficaz do DM2.
E5	MENDES, E. V. <i>O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família</i> . OPAS; Ministério da Saúde, 2012.	-OPAS	Documento técnico-normativo elaborado pelo Ministério da Saúde	Atenção contínua como estratégia estruturante para reorganização da APS no cuidado às condições crônicas.
E6	MENDES, E. V. <i>As redes de atenção à saúde</i> . Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.	Documentos institucionais	Documento técnico-normativo elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde	Redes de atenção organizadas promovem continuidade do cuidado e integração dos serviços de saúde
E7	BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: guia do gestor de sistema de saúde: modelo de atenção às condições crônicas</i> . Brasília: Ministério da Saúde, 2014.	Documentos institucionais.	Documento técnico-normativo elaborado pelo Ministério da Saúde- UNESCO	Cuidado compartilhado e ações educativas contínuas centradas na autonomia e no protagonismo. Educação para o autocuidado como ferramenta para empoderamento e adesão ao tratamento em condições crônicas
E8	LLIGUIN, K. L. P. <i>Modelo sequencial de atendimento multiprofissional para pessoas com DCNT atendidas por equipe de Saúde da Família no sul do Brasil</i> . 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande.	Repositório institucional	Dissertação de Mestrado	Modelo sequencial de atendimento multiprofissional com melhora no controle clínico e adesão ao tratamento de hipertensos e DM2

Código	Referência	Base de dados / Fonte	Delineamento	Definições
E9	CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <i>Planificação da Atenção Primária à Saúde</i> . Brasília: CONASS, 2017.	Documentos institucionais	Documento técnico-normativo elaborado pelo Ministério da Saúde	Destaca apoio matricial, agendamento pactuado e equipe multiprofissional como base da continuidade do cuidado às DCNT.
E10	LENZ, M. L. M. et al. <i>Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde</i> . Revista de APS, v. 17, n. 4, p. 438–449, 2014.	Repositório AXIS-GHC	Estudo transversal retrospectivo	Modelo de consulta sequencial multiprofissional evidenciando continuidade e corresponsabilidade no cuidado de pacientes com asma, com aplicabilidade ao DM2.
E11	CORABIAN, P.; HARSTALL, C. <i>Patient diabetes education in the management of adult type 2 diabetes</i> . Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada, 2001.	Epistemonikos	Revisão sistemática da literatura	A revisão discutiu diferentes modelos de programas educativos e suas contribuições para o autocuidado e o controle das doenças crônicas. Discute também um modelo continuado de atendimentos multidisciplinares.
E12	SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. <i>Linha de cuidado diabetes mellitus: manejo na unidade de saúde</i> . São Paulo: SMS-SP, 2018.	Documentos institucionais	Documento técnico-normativo elaborado pelo Secretaria de Saúde -SP	Fluxos clínicos com foco em consulta periódica, estratificação de risco e plano terapêutico compartilhado.
E13	DUARTE, E. D. et al. <i>Consulta multiprofissional: cuidado e interdisciplinaridade em saúde do paciente com Diabetes Mellito Tipo 2 Interface</i> –	SciELO	Relato de experiência	A Consulta Multiprofissional é realizada em sequência envolvendo os profissionais médico, enfermeiro e nutricionista. Relata a participação dos pacientes e familiares; como processo de integração da equipe multiprofissional – fomentando a

Código	Referência	Base de dados / Fonte	Delineamento	Definições
	Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 64, p. 551–560, 2018.			interdisciplinaridade; como estratégia de saúde em benefício do paciente com DM2 conduzindo-o à prática do autocuidado.
E14	SANTOS, I. M. R. dos et al. <i>Programas com foco no suporte social para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 liderados por enfermeiros: scoping review</i> . Revista de Enfermagem UFPE, v. 15, n. 3, p. e245674, 2021.	LILACS / DOAJ	Revisão de Escopo	Destaca o suporte social e familiar, assim como apoio matricial, agendamento pactuado e equipe multiprofissional como base da atenção continuidade do cuidado.
E15	AGUAYO-VERDUGO, N. V.; ORELLANA-YAÑEZ, A. E. <i>Nursing interventions in patients with type 2 diabetes mellitus that increase their self-care behaviors: systematic review</i> . Journal of Nursing and Health, v. 9, n. 3, p. 1–10, 2018.	BVS / LILACS	Revisão sistemática	Intervenções de enfermagem, como educação em saúde, aconselhamento individual e atividades em grupo, que promovem o aumento dos comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes mellitus tipo 2
E16	MATA CASES, M. et al. <i>Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España</i> . Atención Primaria, v. 31, n. 8, p. 493–499, 2003.	Epistemonikos	Estudo observacional	Realizado na Espanha, avalia o impacto do DM2 e na qualidade de vida de pacientes atendidos na APS, após implantação de atividades em grupo e atendimento contínuo
E17	NUNES, E. R. et al. <i>Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo</i> . Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 162–178, 2018.	SciELO	Estudo metodológico com abordagem qualitativa	Propõe um modelo avaliativo para analisar as ações desenvolvidas no processo de atenção contínua no controle do diabetes mellitus na Atenção Básica.

Código	Referência	Base de dados / Fonte	Delineamento	Definições
E18	OLIVEIRA, M. J. P. de et al. <i>Diabetes mellitus e atenção primária à saúde: práticas de manejo sob diferentes perspectivas</i> . Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 145–167, 2015.	SciELO	Pesquisa qualitativa , do tipo estudo de caso múltiplo ,	O estudo buscou compreender como as práticas de cuidado são estruturadas e os desafios enfrentados na gestão do DM2 na APS, destacando aspectos como a atenção contínua e a consulta multidisciplinar
E19	BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Linha de cuidado para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 no adulto</i> . Brasília: Ministério da Saúde, 2023.	Documentos institucionais	Documento técnico-normativo elaborado pelo Ministério da Saúde	Reestruturação da APS com foco em processos clínico-gerenciais, estratificação e acompanhamento contínuo
E20	SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. <i>Posicionamento oficial SBD nº 01/2019: conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2019</i> . São Paulo: SBD, 2019.	Documento técnico-normativo	Documento técnico-normativo elaborado pela SBD	O documento propõe um algoritmo atualizado de conduta terapêutica para o manejo do (DM2), tendo como base a atenção contínua e a soma dos saberes da equipe multidisciplinar, utilizando-se a estratificação de risco como ferramenta norteadora; a individualização do tratamento conforme características clínicas do paciente

Fonte: Dados do estudo, 2025

1

2 A síntese dos resultados das vinte fontes de evidência, acima relacionadas,
 3 permitiu a identificação de cinco categorias temáticas centrais. Esses achados,
 4 sistematizados no Quadro 2, descrevem como os estudos abordaram práticas,
 5 estratégias e arranjos relacionados ao cuidado de adultos com DM2 na APS.

6

7 **Quadro 2** - Categorias de Resultados e Estudos Correspondentes.

Categoria	Descrição	Estudos que abordam a categoria
1. Atenção contínua e consulta sequencial multiprofissional	Evidencia a importância do acompanhamento longitudinal do paciente e da atuação integrada dos profissionais.	E1 (Vilaça, 2012), E7 (Ministério da Saúde, 2014), E8 (Lliguin, 2023), E12 (São Paulo, 2018), E14 (Lenz et al., 2014)
2. Modelos organizativos e linhas de cuidado na APS	Discute modelos e estratégias organizacionais para otimizar o cuidado na atenção primária.	E3 (CONASS, 2017), E9 (Ministério da Saúde, 2023), E11 (Loveman et al., 2008), E13 (Pinho et al., 2018)
3. Educação em saúde e promoção do autocuidado	Enfatiza intervenções educativas para melhorar o engajamento e adesão do paciente.	E4 (Duke et al., 2009), E10 (Corabian & Harstall, 2003), E15 (Aguayo-Verdugo et al., 2018), E16 (Santos et al., 2021)
4. Monitoramento e avaliação dos resultados clínicos e organizacionais	Uso de indicadores para medir a eficácia do cuidado, controle glicêmico e satisfação do usuário.	E5 (Oliveira et al., 2015), E6 (Nunes et al., 2018), E17 (Gulliford et al., 2007)
5. Barreiras e facilitadores para a implementação da atenção contínua	Identifica desafios estruturais e fatores que favorecem a implantação da atenção contínua.	E2 (Vilaça, 2011), E14 (Lenz et al., 2014), E18 (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019)

Fonte: Instrumento para extração de dados, 2025

8 A primeira categoria destaca a atenção contínua e a consulta sequencial
 9 multiprofissional, ressaltando que o atendimento articulado entre diferentes
 10 profissionais no mesmo turno favorece a integralidade do cuidado, o monitoramento
 11 contínuo e o planejamento compartilhado entre médico, enfermeiro, farmacêutico,
 12 nutricionista e psicólogo.¹³ A segunda categoria abrange os modelos organizativos e
 13 as linhas de cuidado na APS, evidenciando a importância da estruturação de fluxos
 14 assistenciais específicos para doenças crônicas, com foco na ampliação do acesso,
 15 coordenação do cuidado e resolutividade.¹⁴

A terceira categoria trata da educação em saúde e da promoção do autocuidado, reforçando o impacto positivo das ações educativas — individuais e coletivas — especialmente conduzidas por enfermeiros, sobre a adesão ao tratamento, o empoderamento dos usuários e os desfechos clínicos.¹⁵ A quarta categoria aborda o monitoramento e a avaliação de resultados clínicos e organizacionais, destacando o uso de indicadores como controle glicêmico, adesão às consultas e satisfação dos usuários como ferramentas essenciais para a qualificação do cuidado.¹⁶

Por fim, a quinta categoria contempla as barreiras e facilitadores para a implementação da atenção contínua e da consulta sequencial multiprofissional. Dentre os principais desafios estão limitações estruturais, escassez de recursos humanos capacitados, falhas de comunicação e baixa adesão dos usuários. Como facilitadores, destacam-se a presença de protocolos clínicos, o apoio institucional, o trabalho em equipe e o envolvimento do paciente no plano terapêutico.¹⁷

Além das cinco categorias temáticas sistematizadas, a análise das fontes de evidência também permitiu identificar três eixos centrais recorrentes na organização do cuidado a adultos com DM2 na Atenção Primária à Saúde. Esses eixos referem-se à atenção contínua como modelo organizador, à consulta sequencial como ferramenta clínico-educativa e à atuação multiprofissional como base da integralidade e da resolutividade. O Quadro 3 apresenta a síntese desses eixos, com suas respectivas descrições e os estudos correspondentes.

Quadro 3 – Eixos Centrais e Estudos Correspondentes.

Eixos	Descrição	Estudos que abordam o eixo
1. Atenção contínua como modelo organizador do cuidado	Refere-se à organização do cuidado baseada em acompanhamento longitudinal, vínculo duradouro, estratificação de risco, uso de protocolos clínicos e coordenação entre níveis assistenciais.	E3 (García Mochón et al., 2012), E5 (Mendes, 2012), E6 (Mendes, 2011), E7 (Ministério da Saúde, 2014), E19 (Ministério da Saúde, 2023), E20 (SBD, 2019)
2. Consulta sequencial como	Representa uma prática estruturada com atendimentos multiprofissionais no mesmo	E1 (Duke et al., 2009), E8 (Lliguin, 2023), E10 (Lenz et al., 2014), E12 (São Paulo,

Eixos	Descrição	Estudos que abordam o eixo
ferramenta clínico-educativa	turno, revisão periódica do plano terapêutico e integração com a educação em saúde e o autocuidado.	2018), E13 (Duarte et al., 2018), E15 (Aguayo-Verdugo et al., 2018)
3. Atuação multiprofissional como base da integralidade e resolutividade	Envolve a presença articulada de médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e apoio matricial, promovendo cuidado centrado na pessoa e abordagens colaborativas.	E2 (Loveman et al., 2008), E4 (Gulliford et al., 2007), E8 (Lliguin, 2023), E13 (Duarte et al., 2018), E14 (Santos et al., 2021), E16 (Mata Cases et al., 2003)

39 Fonte: Dados do estudo, 2025

40 Os estudos empíricos (E1 a E4, E8) descritos na Quadro 1 utilizaram
41 diferentes metodologias (quantitativa, qualitativa, mista), abrangendo ensaios clínicos,
42 estudos retrospectivos e relatos de experiência. Tais investigações abordaram a
43 implementação de consultas sequenciais, a educação em saúde e os impactos dessas
44 práticas sobre a adesão, o controle clínico e a satisfação do usuário. Paralelamente,
45 documentos institucionais e normativos (E5; E6; E7; E9; E12; E19 e E20) forneceram
46 diretrizes, linhas de cuidado e modelos organizativos ancorados na estratificação de
47 risco, na multiprofissionalidade e na gestão compartilhada do cuidado.

48 A população-alvo predominante foi composta por adultos com DM2, embora
49 algumas fontes incluam outras condições crônicas. Os profissionais envolvidos
50 abrangeram médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, agentes
51 comunitários e equipes de apoio matricial. Os modelos assistenciais descritos
52 contemplaram desde a consulta sequencial multiprofissional até intervenções
53 baseadas em educação em saúde, ciclos estruturados, plano terapêutico singular e
54 tecnologias como prontuários eletrônicos, fluxogramas e materiais educativos.

55 As intervenções, tanto empíricas quanto normativas, destacaram o uso de
56 tecnologias leves e leve-duras, com ênfase na escuta qualificada, no acolhimento e
57 no fortalecimento do vínculo. A adesão dos pacientes, quando mencionada, foi
58 considerada satisfatória e relacionada ao modelo de cuidado centrado no usuário. Os
59 resultados incluíram melhora no controle glicêmico, redução de internações,
60 ampliação da autonomia dos usuários e qualificação da gestão do cuidado.

Os estudos analisados reforçam a necessidade de equipes multiprofissionais no cuidado ao paciente com DM2, evidenciando a superação do modelo tradicional centrado no médico. Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e apoio matricial compõem as equipes destacadas, colaborando na integralidade e na resolutividade do cuidado. A consulta sequencial, descrita em várias experiências (E1, E8, E9 e E15), mostrou-se estruturada por atendimentos em sequência, no mesmo dia e turno, com cada profissional cumprindo objetivos específicos: o médico voltado à avaliação clínica e ajustes terapêuticos; o enfermeiro, ao monitoramento de parâmetros e orientação para o autocuidado; o farmacêutico, ao acompanhamento da adesão medicamentosa; o nutricionista, ao aconselhamento alimentar; e o psicólogo, ao apoio emocional e incentivo ao enfrentamento da condição crônica. Importante salientar que o tempo atribuído a cada consulta não deve exceder a 30 minutos.

Os modelos organizacionais identificados incluem consultas sequenciais multiprofissionais, linhas de cuidado estruturadas com estratificação de risco (E5, E10), atendimento em redes integradas e apoio matricial (E6, E7, E9). A frequência das consultas segue estratégias programadas, variando de ciclos mensais a trimestrais, modulados conforme estratificação de risco e a terapêutica implantada. Tais arranjos visam garantir longitudinalidade, vínculo e corresponsabilização, atributos centrais da APS.

As práticas incluem tecnologias instrumentais, como protocolos clínicos, fluxogramas, planos terapêuticos e prontuários eletrônicos, articuladas a tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta qualificada. As intervenções educativas e o uso de materiais personalizados também foram amplamente relatados como estratégias para promover o empoderamento e a autogestão, assim como facilitadores no que se refere a permanência de dúvidas, ou até mesmo ao reforço das orientações ao término das consultas.

Em síntese, os achados indicam que a consulta sequencial deve ser estruturada com atendimentos planejados em sequência multiprofissional no mesmo turno, ancorados na corresponsabilização e no plano terapêutico singular, com periodicidade ajustada ao risco clínico e alinhada à realidade dos serviços. Essa organização contribui para fortalecer a integralidade e a efetividade do cuidado às pessoas com DM2 na APS.

93 **DISCUSSÃO**

94 A análise das vinte fontes de evidência incluídas nesta revisão de escopo
95 revelou três eixos centrais que sustentam o cuidado às pessoas com DM2 na APS: a
96 atenção contínua como modelo organizador do cuidado, a consulta sequencial como
97 ferramenta clínico-educativa e a atuação multiprofissional como base para a
98 integralidade e resolutividade da assistência.

99 A atenção contínua foi destacada como eixo essencial para superar o
100 modelo fragmentado de atendimento, garantindo o acompanhamento longitudinal, o
101 vínculo duradouro com o usuário e a coordenação do cuidado ao longo do tempo.
102 (OLIVEIRA, 2013). Os estudos reforçaram que essa abordagem se articula a práticas
103 como a estratificação de risco, o uso de protocolos clínico-gerenciais e a integração
104 entre os diferentes níveis assistenciais, elementos fundamentais para um cuidado
105 estruturado e efetivo às condições crônicas.

106 A consulta sequencial emergiu como prática metodológica estratégica para
107 operacionalizar a atenção contínua na APS, caracterizando-se por agendas
108 programadas, atendimentos multiprofissionais realizados no mesmo turno e revisão
109 periódica dos planos terapêuticos. Essa modalidade mostrou-se associada ao
110 fortalecimento do vínculo terapêutico, ao monitoramento clínico regular e à maior
111 adesão do usuário ao tratamento (MENDES, 2012; CONASS, 2017). Além disso,
112 destacou-se seu caráter clínico-educativo ao integrar intervenções educativas e apoio
113 ao autocuidado, ampliando o protagonismo do paciente no manejo da própria
114 condição.

115 A atuação multiprofissional, identificada como o terceiro eixo central, apresentou-se
116 como elemento estruturante do cuidado e da resolutividade na APS (STARFIELD,
117 2002; MENDES, 2012; BRASIL, 2014). Os estudos reforçaram a presença integrada
118 de profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos
119 e equipes de apoio matricial, favorecendo o cuidado centrado na pessoa, a
120 abordagem colaborativa e a adaptação das intervenções às singularidades dos
121 usuários. Essa diversidade amplia a compreensão do modelo de cuidado longitudinal,
122 evidenciando o papel articulador da equipe na consolidação da atenção contínua e da
123 consulta sequencial.

Esses três eixos, quando articulados, reforçam que a consulta sequencial multiprofissional, baseada nos princípios da atenção contínua, promove maior efetividade clínica, qualifica os processos de trabalho na APS e contribui para o fortalecimento das redes de atenção às condições crônicas no SUS (MENDES, 2012; BRASIL, 2014; STARFIELD, 2002). Os achados desta revisão, portanto, oferecem subsídios consistentes para o planejamento e implementação de modelos assistenciais inovadores e estruturados no cuidado a adultos com DM2.

A interpretação integrada dos dados mostra que, mesmo sem terminologia padronizada, há práticas consistentes que configuram a consulta sequencial e que se alinham às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando a APS como ordenadora do cuidado e a necessidade do acompanhamento longitudinal estruturado das condições crônicas. De forma geral, os resultados corroboram a consulta sequencial multiprofissional como ferramenta eficaz para operacionalizar a continuidade do cuidado, fortalecer o vínculo terapêutico e promover a integralidade das ações em saúde no seguimento de pessoas com DM2.

A síntese dos resultados evidenciou contribuições significativas para o aprimoramento do cuidado às pessoas com DM2 na APS, especialmente no que se refere à continuidade e à integralidade do acompanhamento. Tais melhorias ocorreram por meio do uso da consulta sequencial multiprofissional, apoiada por planejamento sistemático, utilização de tecnologias leves e leve-duras, e construção compartilhada do plano terapêutico. A produção científica mais intensa após 2017 reflete o amadurecimento das políticas públicas voltadas ao cuidado integral e longitudinal das condições crônicas no Brasil (BRASIL, 2014; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002)

Essa evolução nas diretrizes e práticas, no entanto, ainda convive com limitações importantes no corpo de evidências disponível. A natureza metodológica dos estudos incluídos majoritariamente descritivos, normativos ou baseados em experiências institucionais, pode restringir a mensuração comparativa de desfechos clínicos e comprometer a robustez das conclusões. Ainda assim, tais evidências permitiram apreender com profundidade os arranjos organizativos e as práticas operacionais desenvolvidas nos serviços de saúde. Observou-se também a ausência de

indicadores padronizados e a escassez de ensaios clínicos que avaliem com rigor a efetividade da consulta sequencial enquanto ferramenta da atenção contínua.

Apesar dessas limitações, a presente revisão cumpriu seu objetivo ao mapear as evidências disponíveis sobre a consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua na APS. Os resultados oferecem subsídios teóricos e práticos para a formulação de um guia metodológico que normatize a implementação dessa estratégia no cuidado a adultos com DM2. Esse instrumento poderá contribuir para a qualificação dos processos assistenciais, a padronização de condutas e o fortalecimento do trabalho Inter profissional, promovendo maior resolutividade e a organização eficiente das redes de atenção.

CONCLUSÃO

A presente revisão de escopo identificou três eixos estruturantes que sustentam o cuidado às pessoas com DM2 na APS: a atenção contínua como modelo organizador do cuidado, a consulta sequencial como ferramenta clínico-educativa e a atuação multiprofissional como base para a integralidade e resolutividade da assistência. Esses elementos se mostraram interdependentes e centrais na qualificação dos processos assistenciais voltados ao DM2.

Os achados indicam que a consulta sequencial multiprofissional, quando integrada aos princípios da atenção contínua, configura-se como uma prática promissora para organizar o cuidado longitudinal, fortalecer o vínculo terapêutico e ampliar a efetividade clínica na APS. Sua aplicação exige planejamento sistemático, uso de tecnologias leves e leve-duras e a construção compartilhada do plano terapêutico, favorecendo um cuidado centrado no usuário e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Embora as evidências disponíveis tragam contribuições relevantes, ainda predominam estudos descritivos e experiências institucionais, o que limita a robustez das conclusões quanto à efetividade da consulta sequencial. Destaca-se, portanto, a necessidade de investigações bem delineadas, capazes de avaliar os efeitos clínicos e organizacionais dessa estratégia, bem como a construção de indicadores específicos que permitam monitorar seu impacto na continuidade e nos desfechos do cuidado às pessoas com DM2.

186 FINANCIAMENTO

187 Esta revisão de escopo foi realizada com recursos dos próprios autores, como
 188 parte das atividades acadêmicas desenvolvidas no mestrado profissional em
 189 Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. Não
 190 houve financiamento por agências públicas, instituições privadas ou organizações
 191 sem fins lucrativos, tampouco interferência externa em qualquer etapa da concepção,
 192 condução, análise ou redação deste estudo.

193 REFERÊNCIAS

- 194 1. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença
 195 crônica: guia do gestor de sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 196 2. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado para a pessoa com diabetes mellitus
 197 tipo 2 no adulto. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- 198 3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:
 199 Ministério da Saúde; 2021.
- 200 4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção
 201 Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2017.
- 202 5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Reestruturação da
 203 Atenção Primária: estratégias e modelos. Brasília: CONASS; 2022.
- 204 6. Duarte ED, Ferreira MA, Oliveira EM, Rodrigues PF, Silveira LC, Silva KS.
 205 Consulta multiprofissional: cuidado e interdisciplinaridade em saúde. Interface
 206 (Botucatu). 2018;22(64):551–60.
- 207 7. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with
 208 type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD005268.
- 209 8. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atenção às condições crônicas: desafios e
 210 possibilidades na Atenção Primária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- 211 9. García Mochón L, Vallejo Godoy S, Ollry de Labry Lima A. Modelos organizativos
 212 en la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2: revisión de la literatura y
 213 evaluación económica. Gac Sanit. 2012;26(5):396–401.
- 214 10. Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate
 215 outcomes of type 2 diabetes mellitus. Ann Fam Med. 2007;5(2):123–31.
- 216 11. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Promoção da saúde e prevenção de
 217 doenças crônicas: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro: INCA; 2020.

- 218 12. Lenz MLM, Ulbrich EM, Fiorentin TR, Lemos RR. Atendimento sequencial
219 multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção
220 primária à saúde. Rev APS. 2014;17(4):438–49.
- 221 13. Lliguin KLP. Modelo sequencial de atendimento multiprofissional para pessoas
222 com DCNT atendidas por equipe de Saúde da Família no sul do Brasil [dissertação].
223 Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2023.
- 224 14. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes
225 education models for Type 2 diabetes: a systematic review. Health Technol Assess.
226 2008;12(9):1–136.
- 227 15. Mata Cases M, Artola S, Conthe P, et al. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2
228 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria
229 en España. Aten Primaria. 2003;31(8):493–9.
- 230 16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-
231 Americana da Saúde; 2011.
- 232 17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o
233 imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
- 234 18. Nunes ER, Lemos SMA, Valença CN, Araújo JP. Ações voltadas ao controle do
235 diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. Saúde Debate.
236 2018;42(116):162–78.
- 237 19. Oliveira MJP, Silva SS, Nogueira LMV, Souza BML. Diabetes mellitus e atenção
238 primária à saúde: práticas de manejo sob diferentes perspectivas. Physis.
239 2015;25(1):145–67.-8

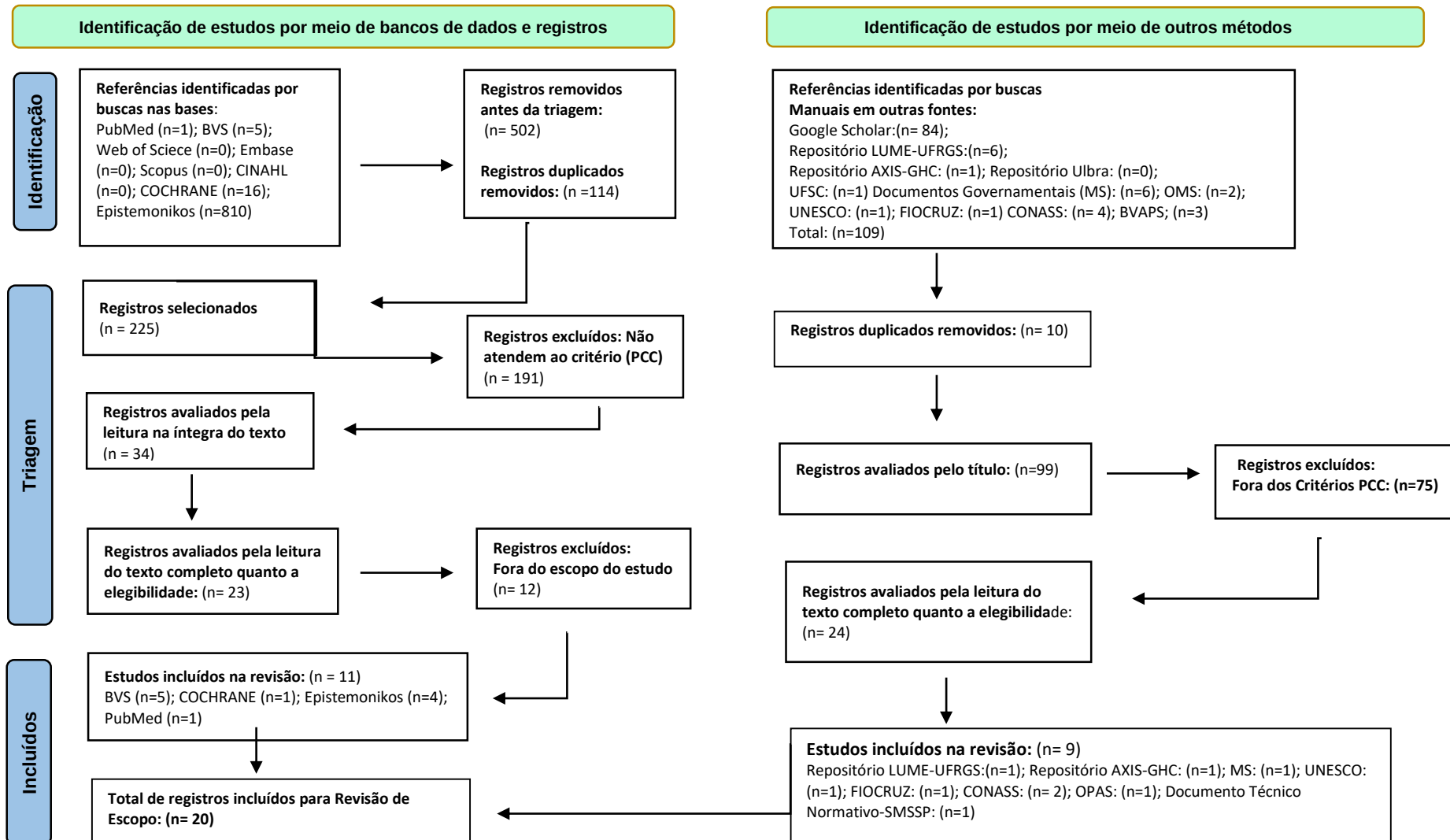
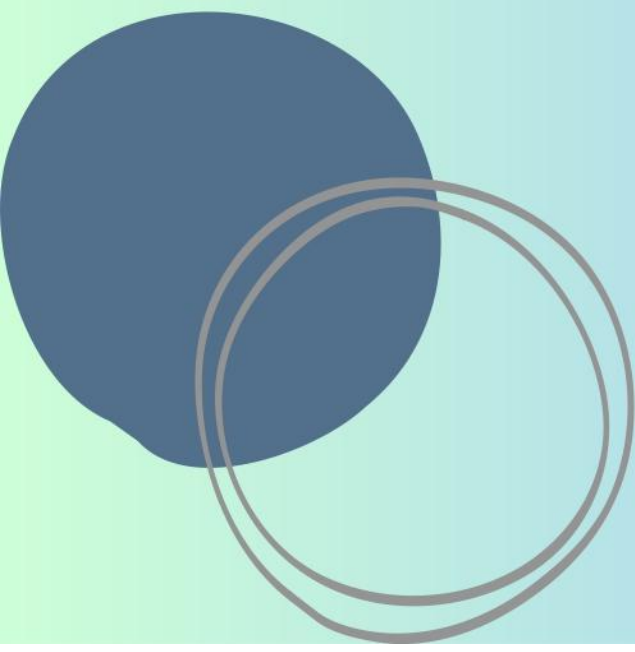


Figura 1-Diagrama de fluxo do PRISMA: Processo de Seleção em bancos de dados, registros e outras fontes



GUIA METODOLÓGICO

**PARA CONSULTA SEQUENCIAL EM
ADULTOS COM DIABETE MELITO TIPO 2
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**





GUIA METODOLÓGICO

**PARA CONSULTA SEQUENCIAL EM
ADULTOS COM DIABETE MELITO TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E
PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

**SANDRA MARIA BORGES
PROF.DR.ANDRÉ KLAFKE**

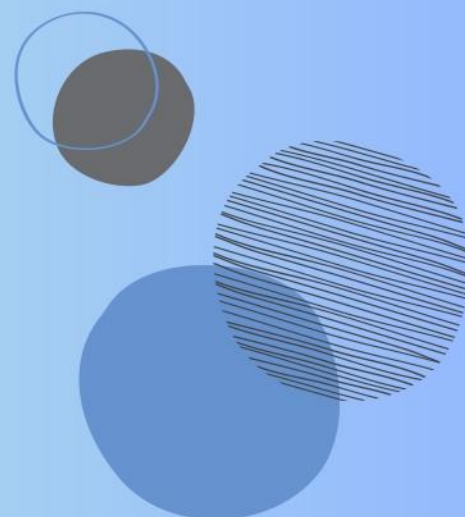
2025

GUIA METODOLÓGICO

PARA CONSULTA SEQUENCIAL EM ADULTOS COM DIABETE MELITO TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O presente guia metodológico foi elaborado com base nas evidências identificadas na revisão de escopo, fundamentado em tecnologias leves e leve-dura, articula bases técnicas, evidências científicas e diretrizes do SUS.

A revisão de escopo completa que fundamentou este guia está disponível para consulta através do QR code abaixo, permitindo ao leitor acessar de forma rápida e prática o conteúdo na íntegra do estudo.



SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....5

2.OBJETIVO.....9

2.1 Objetivo Geral.....9

2.2 Objetivos Específicos.....9

3.PÚBLICO ALVO.....10

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E LEGAL DO GUIA.....10

4.1 Etapas da Linha de Cuidado.....13

4.2 Diretrizes Metodológicas da Consulta Sequencial.....13

4.3 Fluxograma da Sequência da Consulta Sequencial.....14

4.4 Fluxo Assistencial.....15

4.5 Atendimentos Clínicos Interdisciplinares Sequenciados.....15

4.6 Registro Compartilhado e Comunicação Efetiva.....17

4.7 Encerramento com Grupo Educativo Multiprofissional: O Papel da Educação em Saúde na Consulta Sequencial.....18

5.AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA CONSULTA SEQUENCIAL.....20

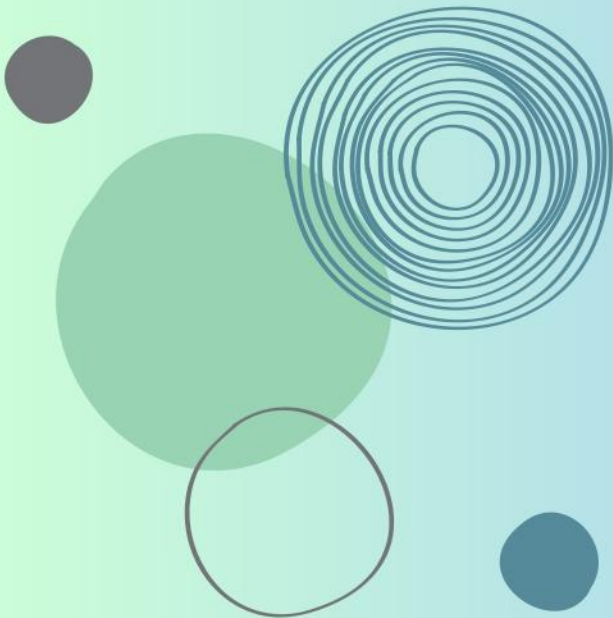
5.1 Avaliação e Monitoramento da Consulta Sequencial.....20

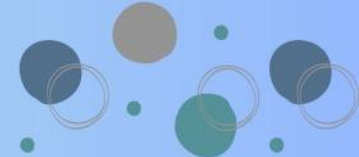
5.2 Indicadores de Processo.....21

5.3 Indicadores de Resultado Clínico e de Autocuidado.....21

5.4 Indicadores de Satisfação e Experiência do Usuário.....21

6.REFERÊNCIAS.....22



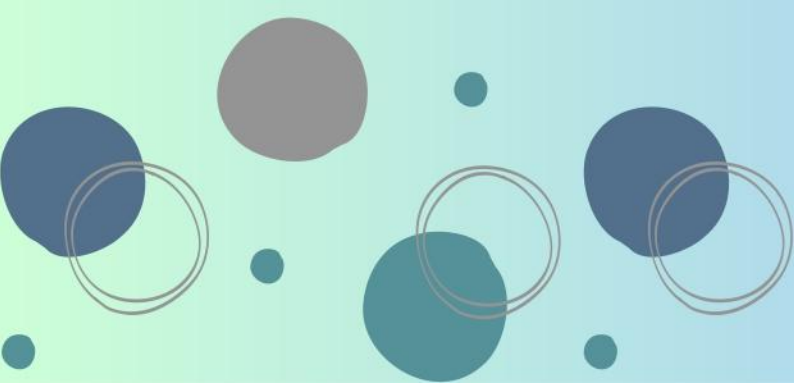


1 INTRODUÇÃO

O diabetes melito tipo 2 (DM2) representa um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no século XXI, devido à sua elevada prevalência, complexidade no manejo clínico e impacto socioeconômico significativo. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado às pessoas com DM2 requer abordagens que ultrapassem a lógica de atendimento episódico, exigindo acompanhamento contínuo, centrado na pessoa e coordenado entre os diferentes pontos da rede de atenção (BRASIL, 2023).

Isso indica a necessidade urgente de reorganização do cuidado ao DM2 na APS, nível responsável pelo acompanhamento da grande maioria dos pacientes com essa patologia. Diretrizes nacionais e internacionais reforçam a centralidade do cuidado personalizado, da atuação multiprofissional e do acompanhamento regular no âmbito da APS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Nesse sentido, a consulta sequencial multiprofissional surge como uma estratégia para melhorar o controle glicêmico desses pacientes, contribuindo para a integralidade do cuidado, com respaldo em modelos como o de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe a reorganização dos sistemas de saúde com base na continuidade e na corresponsabilização (GARCÍA MOCHÓN et al., 2012).

Essa abordagem propõe a realização de atendimentos multiprofissionais organizados em sequência, no mesmo turno, contemplando diferentes dimensões do cuidado, como o clínico, o nutricional, o psicossocial e o educativo. A literatura aponta benefícios associados à implementação dessa estratégia, incluindo a melhoria da adesão terapêutica, o aumento da resolutividade e a promoção do autocuidado (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2007).



Diante desse cenário, impõe-se a necessidade de reestruturação das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a possibilitar respostas efetivas tanto às demandas relacionadas às doenças agudas quanto às condições crônicas, estas marcadas por sua complexidade e elevada prevalência (BRASIL, 2020). O principal desafio consiste na organização de um sistema de saúde que priorize ações de prevenção e promoção da saúde, assegure a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos e contribua para a redução dos índices de morbimortalidade associados a essas enfermidades.

Entre as estratégias a serem incorporadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido por Wagner e adaptado ao contexto brasileiro por Mendes. Essa proposta visa estruturar o enfrentamento qualificado das doenças crônicas no sistema de saúde, promovendo mudanças nas práticas assistenciais e na organização dos serviços (MENDES, 2012).

Dentre os principais componentes do MACC, ressaltam-se: a estratificação dos usuários conforme os riscos e vulnerabilidades, com intervenções individuais e coletivas orientadas pelo estrato de risco; o cuidado compartilhado entre diferentes níveis e atores da rede de atenção; o apoio sistemático ao autocuidado; a qualificação das ações de prevenção e a reformulação dos saberes e práticas profissionais, com a incorporação de abordagens interdisciplinares baseadas nas ciências sociais, neuropsicológica, economia da saúde e intervenções comportamentais (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

A Atenção Continua (AC) é uma tecnologia em saúde desenvolvida para o manejo de pessoas com condições crônicas, não agudizadas, de maior complexidade, que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais, compartilhadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Como ferramenta utilizada na atenção contínua, a consulta sequencial vai ao encontro do que é preconizado na abordagem às doenças crônicas, por estas se tratarem de condições de alta prevalência e por serem multifatoriais, envolvendo determinantes biológicos e socioculturais (MENDES, 2012).



A consulta sequencial compartilhada tem se apresentado como uma das ferramentas da AC, conforme descreve Mendes: é uma consulta com uma equipe multiprofissional para um grupo de pessoas que apresentam um determinado problema ou patologia em comum, onde ocorre a participação, em tempos definidos e distintos, de profissionais de diferentes formações, habilidades e competências.

Estas consultas ocorrem de forma sequencial, em um mesmo turno, onde o paciente compartilha suas vivências com profissionais de diferentes formações que dividem e somam entre si, através de suas competências, as informações a serem dadas ao usuário, finalizando o atendimento com atividades em grupo, com objetivo de promover a educação em saúde. (MENDES, 2012). Por suas características, a consulta sequencial pode ser superior à abordagem usual no cuidado do DM2.

Este Guia Metodológico para Consulta Sequencial em Adultos com DM2 na APS foi desenvolvido com base em uma revisão de escopo realizada para mapear metodologias e estratégias aplicadas à consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua. A revisão de escopo realizada identificou 20 fontes de evidência que forneceram base empírica e conceitual sólida para a elaboração do presente guia. Os estudos revelaram que a consulta sequencial é uma estratégia ainda incipiente, mas com potencial significativo de qualificar o cuidado longitudinal, sobretudo quando articulada a equipes multiprofissionais e a ações educativas. Observou-se também que, embora nem sempre nomeada como tal, a prática de atendimentos em sequência no mesmo turno ou dia por diferentes profissionais já ocorre em várias experiências nacionais e internacionais, evidenciando ganhos em resolutividade, adesão ao tratamento e autonomia do usuário.

Os achados da revisão evidenciam que modelos assistenciais que integram o trabalho multiprofissional em sequência organizada, com frequência regular e abordagem personalizada, favorecem a autogestão e o empoderamento da pessoa com DM2.



A proposta encontra respaldo teórico na abordagem de Eugênio Vilaça Mendes, que concebe a atenção contínua como eixo estruturante da organização dos sistemas de saúde voltados às condições crônicas, demandando vínculo duradouro, estratificação de risco, responsabilização das equipes e monitoramento permanente do usuário (MENDES, 2012).

Além disso, este guia alinha-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e às recomendações de boas práticas para a APS, propondo uma sequência de atendimentos no mesmo dia e turno, por diferentes profissionais da equipe, finalizando com uma ação educativa em grupo. Essa estratégia tem como objetivo fortalecer a coordenação do cuidado, a comunicação entre profissionais, a escuta qualificada e a corresponsabilização dos usuários (BRASIL, 2014b; STARFIELD, 2002).

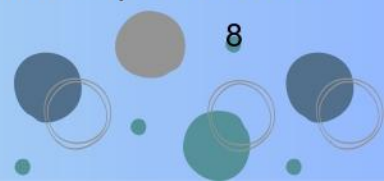
Dessa forma, o guia configura-se como uma tecnologia leve-dura, adaptável à realidade dos serviços de APS, voltada à qualificação do cuidado às pessoas com DM2. Trata-se de um produto técnico pedagógico direcionado aos trabalhadores do SUS, fundamentado em evidências provenientes da revisão de escopo realizada, bem como em diretrizes nacionais e internacionais para o manejo do DM2, favorecendo a ampliação da autonomia dos sujeitos e a consolidação de práticas colaborativas e resolutivas.

2. OBJETIVO

Este guia metodológico tem como objetivo principal subsidiar a organização e a implementação da consulta sequencial na APS voltada para adultos com DM2.

De modo específico, busca-se:

- Orientar os profissionais da APS (médicos de família e comunidade, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e outros) quanto aos componentes essenciais da consulta sequencial;
- Estabelecer um fluxo de atendimento multiprofissional integrado e cronologicamente articulado no mesmo turno;
- Promover a articulação entre consulta clínica, ações educativas e apoio psicossocial como parte do cuidado continuado;
- Contribuir para a melhoria da adesão terapêutica, controle glicêmico e qualidade de vida dos usuários com DM2 no território adscrito.
- Reduzir os agravos decorrentes do DM2



3. PÚBLICO-ALVO

O guia destina-se a gestores e profissionais de saúde envolvidos na organização e na prestação de cuidados às pessoas com DM2 no âmbito da APS. Incluem-se nesse público médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários e demais membros das equipes multiprofissionais que compõem a rede de atenção.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E LEGAL DO GUIA

A elaboração deste guia metodológico fundamenta-se nos princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os dispositivos legais e normativos que orientam a Atenção Primária à Saúde (APS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e os modelos de atenção às condições crônicas. Articula-se também com os referenciais teóricos da atenção contínua e da consulta sequencial, essenciais para qualificar o cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, consagrando os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988). O SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), estabelece como diretrizes a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação social (BRASIL, 1990).

No contexto da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de reorganização da atenção, tendo como fundamentos a longitudinalidade do cuidado, a coordenação da atenção e o vínculo entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2017).

Para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente o DM2, o Ministério da Saúde propõe a adoção de modelos de atenção contínua e integral, com foco na prevenção de complicações, na promoção da saúde e na autogestão dos cuidados (BRASIL, 2014b). Essa abordagem pressupõe a adoção de tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada, aliados ao trabalho em equipe multiprofissional.

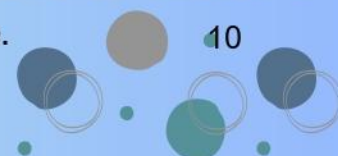
O referencial teórico de Eugênio Vilaça Mendes (2012) é central para a proposta deste guia. O autor propõe uma reestruturação dos sistemas de atenção à saúde para o enfrentamento das condições crônicas, com base na atenção contínua, articulada em redes integradas e centrada na pessoa. Mendes ressalta a importância da consulta sequencial como dispositivo de acompanhamento longitudinal, sistemático e proativo, capaz de promover intervenções coordenadas e oportunas na APS.

Como preconizado por Mendes (2012), a linha de cuidado se constitui como o percurso do usuário nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, articulando ações, serviços e profissionais de forma coordenada e resolutive.

4.1 Etapas da Linha de Cuidado:

A linha de cuidado para o DM2, com base na proposta de consulta sequencial, pode ser organizada em cinco etapas principais:

- **Identificação e Estratificação de Risco:** realizada por meio da estratégia HEARTS, recomendada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida pela OPAS/OMS. (BRASIL, 2024; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025).
- **Planejamento da Consulta Sequencial:** a agenda multiprofissional deve ser organizada considerando os níveis de risco, segundo a estratificação, priorizando os casos mais complexos para acompanhamento intensivo e contínuo.
- **Realização da Consulta Sequencial:** conforme definido no item anterior, com participação articulada de profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) no mesmo turno, culminando com atividade coletiva de educação em saúde.
- **Revisão Periódica do Plano Terapêutico Singular (PTS):** a partir dos dados clínicos e do relato do usuário, o plano para cada usuário é ajustado de forma interdisciplinar, respeitando metas pactuadas e evolução clínica.
- **Articulação com outros Pontos da Rede:** quando necessário, garantir encaminhamentos para atenção especializada, com contra referência efetiva e retorno programado ao cuidado na APS, evitando descontinuidade.





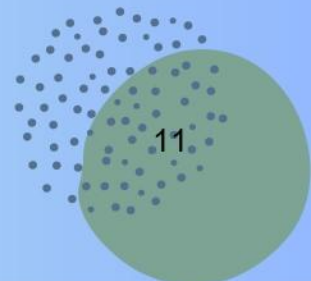
No caso da consulta sequencial, esse fluxo deve estar inserido em uma lógica assistencial que assegure a regularidade dos atendimentos, a coordenação entre os membros da equipe e a vinculação com o usuário. Os estudos incluídos evidenciam que fluxos bem definidos são determinantes para o êxito das estratégias de atenção contínua, promovendo maior adesão ao tratamento e qualificação da prática clínica multiprofissional (BORGES; KLAFKE, em submissão).

Este guia tem como base os resultados obtidos na revisão de escopo realizada no contexto da dissertação de mestrado, a qual investigou metodologias aplicadas à consulta sequencial em adultos com DM2 na APS, conforme Borges e Klafke (2025, em fase de submissão). A revisão, conduzida segundo as diretrizes do PRISMA-ScR e com metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021), incluiu 20 fontes de evidência, entre estudos científicos, documentos institucionais e políticas públicas. As análises demonstraram que a consulta sequencial é uma prática presente, ainda que sob diferentes nomenclaturas e formatos, e que se articula com os pilares da atenção contínua: regularidade dos atendimentos, interdisciplinaridade, vínculo, responsabilização e educação em saúde.

Este guia busca, portanto, sistematizar os achados da revisão de escopo em uma tecnologia aplicável à realidade da APS, com foco na operacionalização da consulta sequencial como ferramenta para qualificar o cuidado longitudinal a pessoas com DM2. Este movimento fortalece a integração entre pesquisa, prática assistencial e formulação de tecnologias para o SUS, em consonância com a proposta dos programas de mestrado profissional em saúde.

Além disso, diretrizes internacionais, como as do *Joanna Briggs Institute* e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recomendam a organização dos serviços a partir de modelos centrados na pessoa, com continuidade do cuidado, ações integradas, e valorização do trabalho interdisciplinar (JBI, 2021; OPAS, 2022).

Assim, este guia se ancora em um arcabouço legal, teórico e empírico robusto, coerente com os princípios do SUS e com as melhores práticas na atenção às condições crônicas, oferecendo um modelo aplicável à realidade da APS e apoiado em evidências sistematizadas de maneira científica e metodologicamente rigorosa.



4.3 Fluxo Assistencial

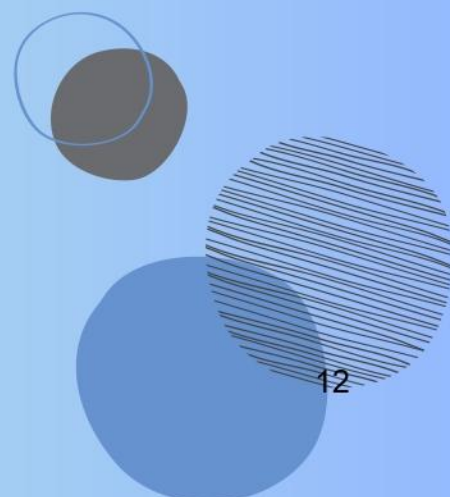
O fluxo assistencial deve estar desenhado de forma clara e adaptada à realidade de cada equipe e território. A construção desse fluxo exige o envolvimento de toda a equipe da ESF, bem como o apoio da gestão local para viabilização das agendas, dos espaços físicos e das ações educativas. Conforme Starfield (2002), a APS deve assumir o papel de coordenadora do cuidado, garantindo que os serviços sejam acessíveis, coordenados e centrados na pessoa.

Além disso, a lógica do fluxo deve favorecer a acessibilidade programada, com agendamentos planejados e a flexibilidade para atendimentos de demanda espontânea, especialmente em situações de descompensação clínica. A integração entre o atendimento individual e coletivo (como os grupos de educação em saúde) é outro ponto-chave para fortalecer o vínculo e ampliar a resolutividade da APS, como evidenciado em estudos da revisão de escopo.

4.4 Atendimentos Clínicos Interdisciplinares Sequenciados:

O usuário com DM2 deverá ser atendido sequencialmente por diferentes profissionais da APS, conforme as necessidades identificadas em sua estratificação de risco cardiovascular, realizada pelo médico ou enfermeiro com base na calculadora HEARTS. Essa ferramenta estima a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares maiores em 10 anos (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou morte cardiovascular) e classifica o risco nas seguintes categorias:

- **Baixo:** $< 5\%$
- **Moderado:** $\geq 5\%$ e $< 10\%$
- **Alto:** $\geq 10\%$ e $< 20\%$
- **Muito alto:** $\geq 20\%$ e $< 30\%$
- **Crítico:** $\geq 30\%$

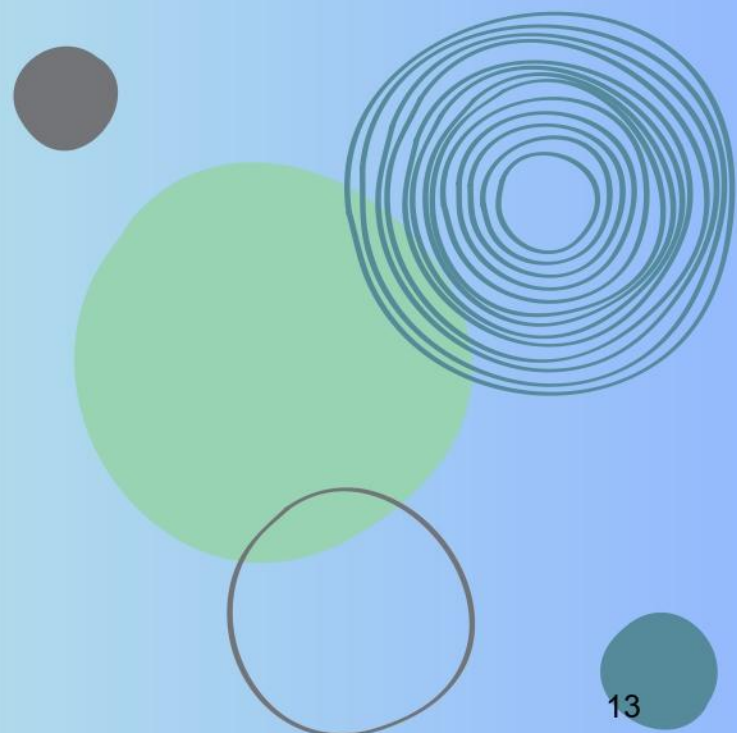


4.2 Diretrizes Metodológicas da Consulta Sequencial

A consulta sequencial, enquanto estratégia estruturante da atenção contínua às pessoas com DM2, constitui um arranjo metodológico que promove o acompanhamento clínico organizado, multiprofissional, longitudinal e responsivo às necessidades do usuário. No contexto da APS, essa abordagem permite consolidar práticas centradas na pessoa, com ênfase na prevenção de complicações, na promoção da autogestão e na construção compartilhada do plano de cuidado.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2012), a atenção contínua exige a superação de práticas fragmentadas e episódicas, sendo operacionalizada por meio da regularidade dos atendimentos, do vínculo entre usuários e profissionais e da coordenação dos serviços de saúde. A consulta sequencial, nesse sentido, representa um dispositivo essencial para garantir a constância e a fluidez das ações de cuidado, em especial quando integrada a equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A proposta metodológica deste guia orienta a realização da consulta sequencial em um único turno, organizadas em três momentos principais. Para melhor compreensão do processo, elaborou-se um fluxograma que apresenta o cuidado, desde o acolhimento do usuário na chegada à Unidade de Saúde até o encerramento com a intervenção educativa coletiva, conforme figura 1.



4.2 Diretrizes Metodológicas da Consulta Sequencial

A consulta sequencial, enquanto estratégia estruturante da atenção contínua às pessoas com DM2, constitui um arranjo metodológico que promove o acompanhamento clínico organizado, multiprofissional, longitudinal e responsivo às necessidades do usuário. No contexto da APS, essa abordagem permite consolidar práticas centradas na pessoa, com ênfase na prevenção de complicações, na promoção da autogestão e na construção compartilhada do plano de cuidado.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2012), a atenção contínua exige a superação de práticas fragmentadas e episódicas, sendo operacionalizada por meio da regularidade dos atendimentos, do vínculo entre usuários e profissionais e da coordenação dos serviços de saúde. A consulta sequencial, nesse sentido, representa um dispositivo essencial para garantir a constância e a fluidez das ações de cuidado, em especial quando integrada a equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A proposta metodológica deste guia orienta a realização da consulta sequencial em um único turno, organizadas em três momentos principais. Para melhor compreensão do processo, elaborou-se um fluxograma que apresenta o cuidado, desde o acolhimento do usuário na chegada à Unidade de Saúde até o encerramento com a intervenção educativa coletiva, conforme figura 1.

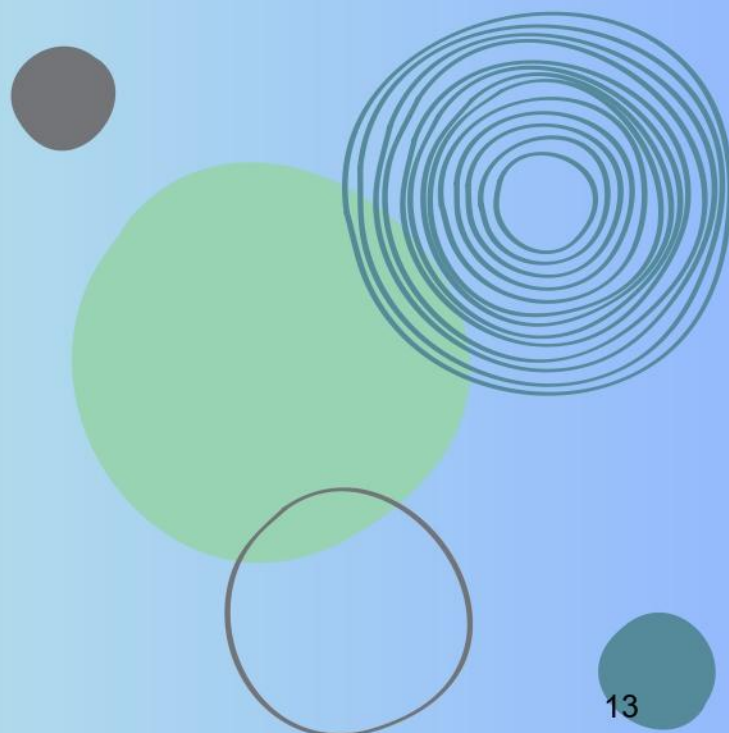
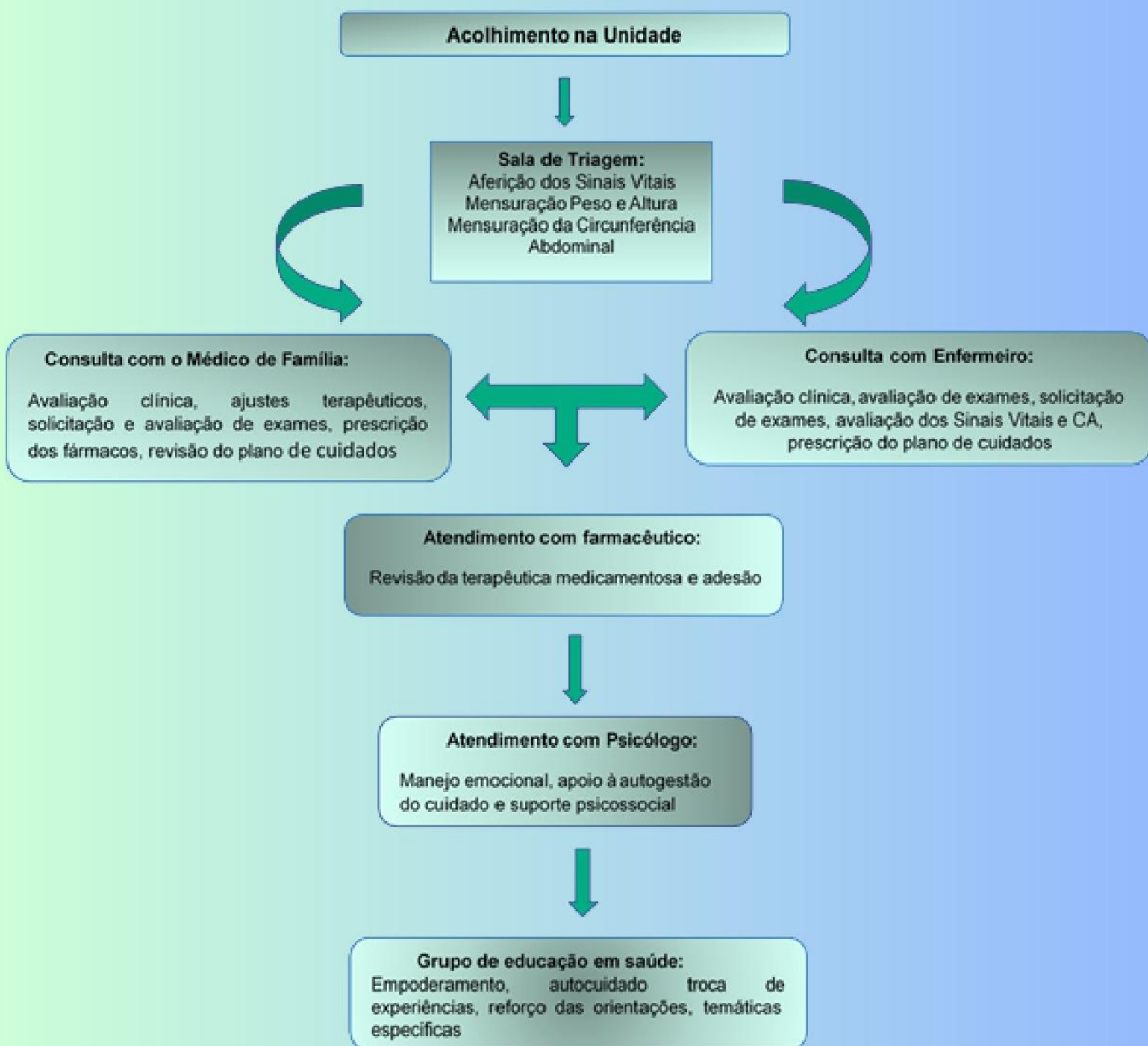


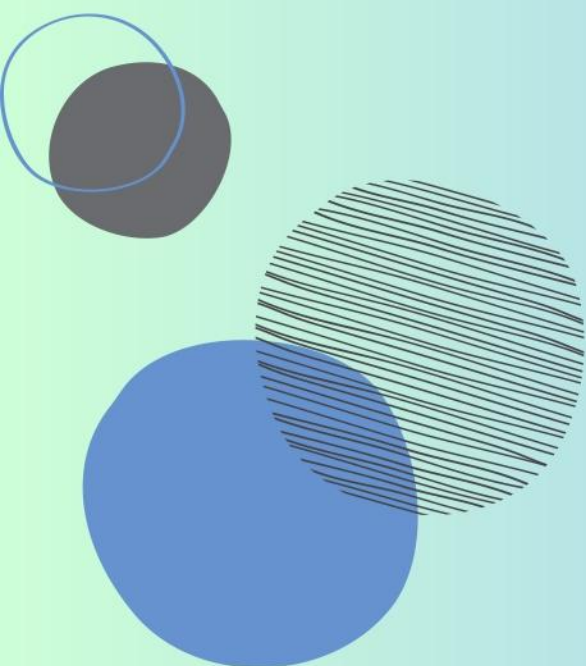
Figura 1: Fluxograma da Sequencia dos Atendimentos da Consulta Sequencial na Atenção Primária à Saúde



Com base nessa estratificação, recomenda-se a seguinte periodicidade para o acompanhamento sequencial:

- **Baixo risco:** consultas a cada 3 a 6 meses
- **Moderado risco:** consultas a cada 1 a 3 meses
- **Alto, muito alto ou crítico risco:** consultas mensais ou em intervalos menores, conforme avaliação clínica

Essa abordagem possibilita direcionar recursos e esforços para os casos de maior vulnerabilidade, assegurando acompanhamento intensivo quando necessário e fortalecendo a atenção contínua no manejo do DM2 na APS (BRASIL, 2024; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025).



A ordem dos atendimentos na consulta sequencial, após a estratificação de risco, poderá ser ajustada conforme as características e demandas específicas e necessidades individuais de cada usuário. No entanto, uma proposta básica de sequência é apresentada na Figura 3 como modelo de organização. Essa estrutura foi observada em práticas descritas por estudos incluídos na revisão (E1, E2, E4, E8, E12), nos quais a abordagem multiprofissional em sequência demonstrou potencial para favorecer a integralidade da atenção à saúde (BALDISSEROTTO et al., 2016; BRASIL, 2014b).

- **Técnico de Enfermagem:** Acolhimento, aferição dos sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal
- **Enfermeiro (a):** Acolhimento, anamnese completa (1ª Consulta) avaliação clínica inicial, estratificação de risco, avaliação de sinais vitais, solicitação de exames quando necessário e em unidades que já tenha o protocolo de DM2 instituído, revisão do plano terapêutico e educação em saúde. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Médico (a) de família e comunidade:** Anamnese completa (1ª Consulta), caso não tenha sido realizada pelo enfermeiro, avaliação clínica médica, solicitação de exames quando necessário, prescrição de medicamentos, ajustes terapêuticos e definição de encaminhamentos, se necessário. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Farmacêutico (a):** Revisão do uso de medicamentos, verificação da adesão, manejo de efeitos adversos e orientações farmacológicas. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Psicólogo (a):** Avaliação do sofrimento psíquico, suporte emocional, intervenções breves focadas em adesão ao tratamento e saúde mental. Caso seja necessário um maior acompanhamento já designar para matriciamento. Tempo da consulta: 15 minutos
- **Nutricionista:** Escuta qualificada, identificação das queixas alimentares, hábitos e percepções do paciente. Levantamento de histórico familiar e social com foco no contexto alimentar e nas barreiras para o autocuidado (Primeira Consulta). Tempo da Consulta: 15 minutos



A ordem dos atendimentos na consulta sequencial, após a estratificação de risco, poderá ser ajustada conforme as características e demandas específicas e necessidades individuais de cada usuário. No entanto, uma proposta básica de sequência é apresentada na **Figura 1** como modelo de organização. Essa estrutura foi observada em práticas descritas por estudos incluídos na revisão de escopo (E1, E2, E4, E8, E12), nos quais a abordagem multiprofissional em sequência demonstrou potencial para favorecer a integralidade da atenção à saúde (BALDISSEROTTO et al., 2016; BRASIL, 2014b).

- **Técnico de Enfermagem:** Acolhimento, aferição dos sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal
- **Enfermeiro (a):** Acolhimento, anamnese completa (1ª Consulta) avaliação clínica inicial, estratificação de risco, avaliação de sinais vitais, solicitação de exames quando necessário e em unidades que já tenha o protocolo de DM2 instituído, revisão do plano terapêutico e educação em saúde. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Médico (a) de família e comunidade:** Anamnese completa (1ª Consulta), caso não tenha sido realizada pelo enfermeiro, avaliação clínica médica, solicitação de exames quando necessário, prescrição de medicamentos, ajustes terapêuticos e definição de encaminhamentos, se necessário. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Farmacêutico (a):** Revisão do uso de medicamentos, verificação da adesão, manejo de efeitos adversos e orientações farmacológicas. Tempo da consulta: 20 minutos
- **Psicólogo (a):** Avaliação do sofrimento psíquico, suporte emocional, intervenções breves focadas em adesão ao tratamento e saúde mental. Caso seja necessário um maior acompanhamento já designar para matriciamento. Tempo da consulta: 15 minutos
- **Nutricionista:** Escuta qualificada, identificação das queixas alimentares, hábitos e percepções do paciente. Levantamento de histórico familiar e social com foco no contexto alimentar e nas barreiras para o autocuidado (Primeira Consulta). Tempo da Consulta: 15 minutos

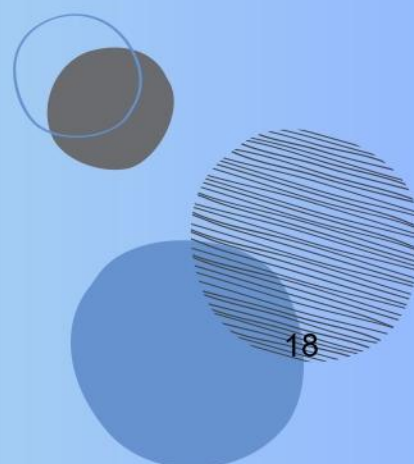


4.5 Registro Compartilhado e Comunicação Efetiva:

Todos os profissionais deverão registrar os dados clínicos e as condutas em prontuário eletrônico único e compartilhado, garantindo a continuidade do cuidado e evitando duplicidade de informações. A utilização de prontuário eletrônico da APS (e-SUS APS) é fortemente recomendada, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), componente clínico do sistema e-SUS APS, é a ferramenta disponibilizada gratuitamente pelo Ministério da Saúde para padronizar e qualificar os registros na APS. Seu uso permite integrar dados dos diversos profissionais da equipe, promovendo uma visão longitudinal do cuidado, essencial para o acompanhamento de pessoas com DM2 e a efetivação da atenção centrada na pessoa. Além de reduzir retrabalhos, o PEC potencializa a comunicação Inter profissional e a gestão da informação em saúde, sendo um recurso estratégico para o fortalecimento da rede de atenção e para a garantia da integralidade do cuidado (BORGES et al., 2024).

Considerando a limitação operacional de sincronizar os horários de término das consultas entre os diferentes profissional, fato que inviabiliza interrupções no atendimento, propõe-se a realização de um round multidisciplinar breve para compartilhamento ao final do período de todos os atendimentos. Nesse momento, os profissionais podem trocar informações relevantes sobre os casos, esclarecer dúvidas e ajustar encaminhamentos ou metas terapêuticas de forma colaborativa. Quando surgirem questões específicas ou demandas complexas, esse diálogo pode ser complementado por estratégias próprias da Estratégia Saúde da Família, como visitas domiciliares, matriciamento ou discussões de caso com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), fortalecendo a articulação Inter profissional, a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações (MAGALHÃES et al., 2019; CAMPOS; DOMITTI, 2007).



4.6 Encerramento com Grupo Educativo Multiprofissional: O Papel da Educação em Saúde na Consulta Sequencial

Ao término da sequência de atendimentos, propõe-se a realização de um grupo educativo multiprofissional com os usuários atendidos no turno. Essa atividade será coordenada por um ou mais profissionais da equipe, com foco em temas centrais para o cuidado de pessoas com DM2, como: autocuidado e autogestão, alimentação saudável, uso seguro de medicamentos, prevenção de complicações, saúde mental, redes de apoio e direitos sociais.

Esse momento coletivo tem múltiplas funções: além de promover a troca de experiências, o fortalecimento de vínculos e o empoderamento dos usuários, permite sanar dúvidas que eventualmente tenham permanecido após as consultas individuais, favorecendo a adesão às orientações recebidas. A prática foi identificada em experiências analisadas na revisão de escopo (E5, E7, E9), especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a educação em saúde se constitui como estratégia essencial para o manejo de DM2.

A condução de grupos educativos permite a integração de saberes multiprofissionais, sendo reconhecida como prática potente nas experiências articuladas entre Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme demonstrado por Rossetto e Grahl (2021) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A proposta também está alinhada à perspectiva de atenção contínua descrita por Mendes (2012), que defende a incorporação de práticas educativas como parte integrante do cuidado, superando o modelo centrado apenas na prescrição e no controle clínico.

A consulta sequencial constitui-se, portanto, em espaço privilegiado para ações educativas sistemáticas, contínuas e integradas ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), adaptadas às necessidades de cada usuário. No âmbito da APS, a educação em saúde é compreendida como tecnologia leve fundamental, capaz de favorecer o protagonismo do usuário, a autogestão do tratamento e a tomada de decisões informadas (BRASIL, 2014b).





A educação em saúde deve perpassar todas as etapas da consulta sequencial e pode ser operacionalizada por meio de:

- Orientações clínicas individualizadas no contexto da escuta qualificada;
Materiais educativos adaptados à realidade sociocultural dos usuários;
- Atividades em grupo que valorizem a troca de experiências e a construção coletiva de soluções;
- Ações inter profissionais, articulando os distintos saberes e competências da equipe de saúde.

O encerramento do processo com uma atividade educativa em grupo representa um diferencial importante do modelo proposto neste guia. Tal estratégia foi observada em práticas bem-sucedidas mapeadas na revisão de escopo , nas quais a vivência coletiva ampliou o alcance das mensagens educativas, fortaleceu o vínculo terapêutico e promoveu maior adesão dos usuários no seu auto cuidado.



5.AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA CONSULTA SEQUENCIAL

A avaliação sistemática da consulta sequencial é fundamental para garantir sua efetividade clínica, qualidade assistencial e sustentabilidade no cuidado longitudinal de pessoas com DM2. A utilização de indicadores de processo e de resultado possibilita monitorar a implementação da estratégia, identificar fragilidades, orientar ajustes e fortalecer os atributos da APS, em especial a integralidade, a coordenação e a continuidade do cuidado.

A escolha dos indicadores deve considerar a realidade de cada território, as particularidades da população adstrita, a capacidade instalada da equipe e os recursos disponíveis. O fortalecimento da APS depende da avaliação contínua de seus processos e resultados como estratégia essencial para qualificação do cuidado (REDE APS, 2024). De acordo com Mendes (2012), a atenção contínua requer instrumentos de avaliação que monitorem não apenas os desfechos clínicos, mas também os aspectos relacionais, organizacionais e educativos do cuidado. Assim, a consulta sequencial, enquanto ferramenta da atenção contínua, deve ser acompanhada por um conjunto de indicadores alinhados aos princípios do SUS e aos atributos da APS.

Com base nos estudos incluídos na revisão de escopo (E2, E4, E7, E10, E14 e E19), e nas diretrizes nacionais para o cuidado das DCNT, propõem-se três eixos de avaliação: **indicadores de processo, de resultado e satisfação**.

5.1 Indicadores de Processo

Avaliam a estruturação e execução das consultas sequenciais no âmbito da APS:

- Número de usuários com DM2 com plano de cuidado individual registrado;
- Proporção de usuários com DM2 que realizaram ao menos três consultas sequenciais no ano;
- Proporção de usuários com DM2 acompanhados por equipe multiprofissional;
- Número de atividades educativas realizadas no encerramento das consultas sequenciais;
- Cobertura da estratificação de risco entre usuários com DM2 cadastrados na APS

5.2 Indicadores de Resultado Clínico e de Autocuidado

Avaliam os efeitos da consulta sequencial sobre o controle clínico da doença e a adoção de práticas de autocuidado pelos usuários:

- Proporção de usuários com hemoglobina glicada (HbA1c) < 7%;
- Mensuração dos níveis médios de HbA1c após seis meses de adesão ao modelo sequencial;
- Número de internações evitáveis relacionadas ao DM2 (CID-10 E11) por área adstrita;
- Nível de conhecimento dos usuários sobre sua condição de saúde, avaliado por meio de instrumento estruturado;
- Adesão às práticas de autocuidado (uso de medicação, alimentação e atividade física), conforme registros no prontuário ou instrumento educativo.

5.3 Indicadores de Satisfação e Experiência do Usuário

Avaliam a percepção dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido, a escuta qualificada e o acolhimento por parte da equipe de saúde:

- Índice de satisfação com a consulta sequencial (por meio de escala tipo Likert ou similar);
- Percepção do vínculo e da escuta qualificada por parte dos profissionais;
- Participação ativa do usuário na construção e condução do plano terapêutico.

A definição e o uso dos indicadores devem ser adaptados à capacidade de coleta, registro e análise das unidades de saúde, utilizando sistemas disponíveis como o e-SUS APS, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ferramentas de estratificação de risco e formulários padronizados de acompanhamento clínico e educativo.

A avaliação da consulta sequencial deve ser compreendida como um processo contínuo, participativo e formativo, envolvendo toda a equipe multiprofissional, gestores e usuários. Essa abordagem favorece o aprimoramento constante da prática, alinhando-se à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) e às diretrizes para a qualificação do cuidado às pessoas com DCNT.

6 REFERÊNCIAS

- BALDISSEROTTO, J. et al. Estratificação de risco em saúde: ferramenta para qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1–11, 2016.
- BALDISSEROTTO, J.; BORGES, C. D.; FABRIZ, L. A. et al. Estratificação de risco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3651–3660, 2016.
- BORGES, Rodrigo F. et al. Informatização da Atenção Primária à Saúde: histórico e desafios da Estratégia e-SUS APS no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, e23, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2024.v58/23/>. Acesso em: 7 jun. 2025.
- BORGES, S. M. dos S.; KLAFKE, A. Consulta sequencial como ferramenta da atenção contínua no cuidado ao Diabetes Mellitus tipo 2 na APS: revisão de escopo. Manuscrito submetido para publicação, 2025.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 38: Saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Primária: Manual do Prontuário Eletrônico do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 no adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 8 jun. 2025.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. B. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 7 jun. 2025.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Manual de Revisão de Escopo: JBI Scoping Review Manual. Adelaide: JBI, 2021.

MAGALHÃES, S. C. et al. Comunicação interprofissional na estratégia saúde da família: percepção de profissionais de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 261–273, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/>. Acesso em: 8 jun. 2025.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção primária à saúde nas Américas: construindo sistemas resilientes e centrados nas pessoas. Brasília: OPAS, 2022.

PEREIRA, A. L. F. Educação popular e práticas educativas no SUS: a problematização como método de ensino. São Paulo: Hucitec, 2003.

REDE APS. Agenda de pesquisa estratégica em APS: qual o papel da pesquisa no processo de reconstrução da Atenção Primária à Saúde no Brasil? Saúde em Debate, v. 48, supl. especial 2, e9249, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48nspe2/e9249/pt/>. Acesso em: 8 jul. 2025.

ROSSETTO, M.; GRAHL, F. Grupos educativos na Atenção Básica à Saúde: revisão integrativa de literatura de 2009 a 2018. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 10, e174101018561, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18561>. Acesso em: 8 jul. 2025.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.



MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

Este guia metodológico foi elaborado para apoiar profissionais da Atenção Primária na prática da consulta sequencial, fortalecendo o cuidado multiprofissional, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida das pessoas com Diabetes Melito tipo 2.

Porto Alegre
2025

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação teve como objetivo revisar as evidências disponíveis na literatura científica sobre a consulta sequencial como ferramenta de atenção contínua na Atenção Primária à Saúde (APS), aplicada ao cuidado de adultos com diabetes melito tipo 2 (DM2), e, a partir dessas evidências, elaborar um guia metodológico para sua implementação.

A análise dos estudos selecionados na revisão de escopo evidenciou que a consulta sequencial favorece a continuidade do cuidado, o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário, e a personalização das condutas clínicas, principalmente quando estruturada em abordagem multiprofissional e centrada na pessoa. Observou-se também a importância da estratificação de risco, da educação em saúde e do autocuidado apoiado como componentes indissociáveis dessa prática.

O guia metodológico resultante desta dissertação foi construído com base nos princípios da atenção contínua e a consulta sequencial, organizando o atendimento em três momentos interligados: acolhimento, atendimento multiprofissional sequencial e grupo educativo. Esse modelo busca contribuir com a qualificação da prática assistencial nas Unidades de Saúde, orientando equipes multiprofissionais na condução de um cuidado integral, sistematizado e orientado às necessidades das pessoas com DM2.

Espera-se que este produto técnico-científico possa subsidiar gestores, profissionais da APS e pesquisadores na adoção de estratégias de cuidado que superem a fragmentação, promovendo a coordenação do cuidado, a educação permanente das equipes e a melhoria dos desfechos em saúde. Além disso, a proposta metodológica aqui apresentada poderá ser adaptada para outras condições crônicas não transmissíveis, reforçando seu potencial como tecnologia leve para o SUS.

Como considerações finais, destaca-se a importância de investir na capacitação das equipes para a implementação da consulta sequencial, assim como na produção de novos estudos avaliativos sobre seus efeitos clínicos, operacionais e econômicos, devido à ausência de estudos bem delineados sobre essa estratégia. A articulação entre conhecimento científico, práticas colaborativas e organização do

processo de trabalho é essencial para a consolidação de modelos inovadores que promovam cuidado contínuo e resolutivo na Atenção Primária à Saúde.

9 ANEXO

Normas para submissão de artigos da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

• **C**
olaboradores: Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” Sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
Modelo de declaração de contribuição dos autores.

• **C**
onflitos de interesse: Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.
Modelo de declaração de conflito de interesses.

• **A**
gradecimentos: Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

• **Tít**
ulo nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.

• **Tít**
ulo corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

• **R**
esumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-

chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

• O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

• O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

• R eferências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L) ”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1) ”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão. ¹ De acordo com Starfield, ² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão.

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.