



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CARLOS ANDRE DE CASTRO MARTINS

MAIS VOCÊ, MENOS MEDICAMENTO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UBS
INTERLAGOS, MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP.

SÃO PAULO
2020

CARLOS ANDRE DE CASTRO MARTINS

MAIS VOCÊ, MENOS MEDICAMENTO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UBS
INTERLAGOS, MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALEXANDRA CORRÊA DE FREITAS

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este trabalho tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes do atendimento do Programa de Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, da UBS Interlagos no município de São José dos Campos/SP de bem como a ampliação dos saberes dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF. O Estudo baseou-se no projeto de intervenção ao Programa Hiperdia, a população estudada constituiu-se de diabéticos e hipertensos de ambos os sexos, cadastrados no grupo de hiperdia com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. A coleta de dados foi realizada através de levantamento junto aos prontuários e ficha espelho dos usuários. Com os dados coletados foi possível identificar preliminarmente a não adesão do usuário ao Programa Hiperdia bem como o tratamento quase que exclusivamente medicamentoso e ausência de práticas de atividades físicas. Em consonância com o protocolo estabelecido no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde estes resultados confirmaram a necessidade de reprogramar ações educativas para orientar e sistematizar medidas de prevenção, cuidado, controle e vinculação dos portadores desses agravos às unidades básicas, mediante ações de capacitação dos profissionais, conforme diretrizes estabelecidas nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde - SUS 01/2001.

Palavra-chave

Educação em Saúde. Prevenção Secundária. Exercício Físico. Hipertensão. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Trabalho no município de São José dos Campos na UBS Interlagos, em um território onde a grande maioria dos moradores são idosos, sendo a maior partes deles, portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Os principais fatores de risco para essas enfermidades são decorrentes de uma má alimentação, rica em carboidratos, sódio, gorduras, açúcares entre outros. Esses fatores são agravados pelo estilo de vida sedentário, sem a prática de exercícios físico regulares, que favorecem a elevação de risco para as complicações tardias e imediatas dessas doenças.

Os hábitos de vida são sem dúvida um dos fatores mais importantes no adoecer e morrer das doenças cardiovasculares. Dentre eles o sedentarismo ocupa o primeiro lugar e no Brasil mais de 70 % da população tem hábitos de vida sedentários.

O que me motivou a desenvolver esse tema de trabalho, é saber que existe esse alto índice de pessoas portadoras de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus tipo II (DMII) no território em que trabalho, com ausência de orientações e meios que possibilitem a prática de atividades físicas regulares, como praças, pista para caminhadas, aparelhos de ginásticas para idosos, até mesmo um centro de poliatividades, onde possa ser administrado cursos, aulas e recreações em diversas áreas como por exemplo, danças, lian Gong, bocha entre outros.

Em minha área são aproximadamente 600 pessoas que fazem parte do cadastro do grupo de Hiperdia, ou seja, são pessoas com diagnóstico de hipertensão, diabetes ou ambos.

Como complicações de um mal controle da diabetes temos um aumento excessivo do nível de açúcar no sangue durante muito tempo, causando lesões em todo o corpo, incluindo olhos, rins, vasos sanguíneos, coração e nervos. Já as complicações da hipertensão temos como exemplo, o AVC, o IAM, alterações na visão, doença renal crônica e impotência sexual, entre outras.

Com a ausência de métodos não medicamentosos, destinado para esse grupo de paciente, ficando eles dependente apenas de medicamentos e dietas, onde na maioria das vezes os pacientes não aderem à uma alimentação mais saudável, vem gerando um custo financeiro muito alto para sistema público de saúde, principalmente com as complicações dessas doenças.

No entanto, as complicações da diabetes e da hipertensão podem ser facilmente evitadas com uma dieta adequada, prática de atividade física e uso dos medicamentos específicos, mas de acordo com a experiência que tenho vivido, percebo que a principal queixa dos pacientes da área onde atuo, é a falta de um local específico onde eles possam realizar suas atividades físicas, como uma praça ou um centro esportivo, tendo em vista que no território não existe uma praça ou espaço que propicie a prática de atividades físicas.

Acredito que, seria de grande utilidade e proporcionaria uma enorme melhora no estilo de vida dos moradores da região, a presença de uma praça que possa vir possibilitar a prática de atividades físicas, e encontros sociais entre os moradores possibilitando diminuir o sedentarismo estimulando dessa forma à uma adesão adequada a pratica de atividades

físicas e a uma dieta alimentar adequada, melhorando o lado emocional e a autoestima.

ESTUDO DA LITERATURA

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com a dieta inadequada, o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo . O número de pessoas com diabetes aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014 (WHO, 2018).

A prevalência global de diabetes entre adultos acima de 18 anos aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014 . A prevalência de diabetes tem aumentado mais rapidamente nos países de renda média e baixa (SBD, 2016)

O diabetes é uma das principais causas de cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, derrame e amputação de membros inferiores. Em 2016, cerca de 1,6 milhão de mortes foram causadas diretamente por diabetes, outros 2,2 milhões de mortes foram atribuíveis à glicemia alta em 2012. Quase metade de todas as mortes atribuíveis à glicemia alta ocorre antes dos 70 anos, a OMS estima que o diabetes foi a sétima principal causa de morte em 2016. Uma dieta saudável, atividade física regular, manutenção do peso corporal normal e prevenção do uso de tabaco são formas de prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes tipo 2. O diabetes pode ser tratado, e suas consequências evitadas ou retardadas com dieta, atividade física, medicamentos e triagem e tratamento regulares para complicações. (WHO, 2008)

A hipertensão é uma condição médica séria e pode aumentar o risco de doenças cardíacas, cerebrais, renais e outras. É uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo, com mais de 1 em cada 4 homens e 1 em cada 5 mulheres - mais de um bilhão de pessoas - tendo a doença. A carga da hipertensão é sentida desproporcionalmente nos países de baixa e média renda, onde são encontrados dois terços dos casos, em grande parte devido ao aumento dos fatores de risco nessas populações nas últimas décadas (WHO, 2019)

*** Qual o cenário sobre as complicações de HAS e DM que acometem os idosos?**

O cenário sobre as complicações da HAS e da DM são complicações crônicas fazem parte da história natural do DM e da HAS. A nefropatia e a retinopatia são complicações microvasculares comuns às duas doenças, enquanto a neuropatia diabética é complicação apenas do DM. As complicações macrovasculares, incluindo doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica são comuns ao DM e à HAS, porém são mais graves nos indivíduos diabéticos, sendo a principal causa da morbimortalidade associada ao diabetes. Organização Panamericana da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde (BRASIL, 2011)

Nos indivíduos com DM, o risco de desenvolver complicações crônicas graves é muitas vezes superior ao de pessoas sem diabetes - 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC (ADA,2013).

♦ Sabe-se também que as complicações micro e macrovasculares apresentam fatores de risco e mecanismos comuns – a hiperglicemia, a obesidade, a resistência à ação da insulina, a inflamação branda e crônica e a disfunção endotelial. Esses processos causais são parte da síndrome metabólica e associam-se ao diabetes, à hipertensão arterial e às suas complicações, apresentando interfaces moleculares que constituem alvos terapêuticos comuns (SBD, 2016).

As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais. Em mulheres com diabetes, o efeito protetor do gênero feminino desaparece. A sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – é, em geral, semelhante em pacientes com e sem diabetes. Contudo, em relação ao DM, alguns pontos merecem destaque (SIMÃO et al, 2013).

- * a angina de peito e o IAM podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor, devido à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes
- * as manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios
- * a evolução pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes.

Todas as pessoas com DM e/ou HAS devem ser alertadas quanto à presença dos seguintes fatores de risco para doença macrovascular: tabagismo, dislipidemia, hiperglicemia e obesidade central. (BRASIL, 2012)

Dislipidemias

O colesterol elevado pode ser considerado o principal fator de risco modificável da doença arterial coronariana (DAC) e seu controle, principalmente do nível do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), traz grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares como infarto e morte por doença coronariana.

♦

Retinopatia

A **retinopatia diabética** é uma microangiopatia progressiva caracterizada por oclusão e danos a pequenos vasos sanguíneos, sendo uma das principais causas de cegueira no mundo ocidental. Cerca de 50% dos diabéticos com 15 anos de doença apresentam retinopatia diabética. Cerca 80% daqueles com 25 anos de doença vão ter retinopatia e cerca de 5% das pessoas com 30 anos de doença vão desenvolver cegueira. Quanto à **retinopatia hipertensiva**, caracteriza-se por alterações vasculares causadas pela hipertensão arterial no olho. Sua evolução depende da rapidez de instalação e da duração da doença hipertensiva, além da idade do indivíduo. As alterações nos vasos retinianos

- ♦ ocorrem de forma semelhante às que acontecem nos rins, cérebro e outros órgãos. (BRASIL, 2012)

Segundo (King, 1999) "Para o tratamento da retinopatia deve-se buscar o controle dos fatores de risco descritos anteriormente, com ênfase no controle glicêmico e pressórico adequados (ADA, 2013). O controle metabólico intensivo (HbA1c <7%) reduz a taxa de progressão subclínica da retinopatia leve em 54% e previne em 76% o surgimento de retinopatia em pacientes com DM tipo 1 (Albers2010). -- O controle da hipertensão arterial (com alvo menor de 150/85 mmHg) diminui a progressão da retinopatia hipertensiva".

♦

Nefropatia

Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são as principais causas de falência da função renal em todo o mundo, sendo esta uma complicação microvascular dessas doenças. Associa-se a morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. (BASTOS et al, 2007).

Para Pena et al (2012). O rastreio para DRC deve-se iniciar assim que feito o diagnóstico de HAS e/ou DM tipo 2. Nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação da TFG e do EAS anualmente. O diagnóstico tardio da DRC resulta na perda de oportunidade para a implementação de medidas preventivas. Assim, o diagnóstico precoce e os cuidados adequados em todas as fases da doença renal, especialmente as mais precoces, quando as intervenções podem prevenir a perda da função renal, podem protelar sua progressão e amenizar as disfunções e comorbidades naqueles que progridem para falência renal.

De acordo com Bastos et al (2007) a detecção precoce com acompanhamento adequado permite diagnosticar e tratar as complicações e comorbidades da DRC e, conseqüentemente, início da Terapia Renal Substitutiva (TRS) em melhores condições clínicas, com reflexo na sobrevida pós-diálise.

Neuropatia diabética

A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas; pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante (BRASIL, 2013).

Complicações agudas do DM e da HAS

Emergência hipertensiva, Urgência hipertensiva e Pseudocrise hipertensiva são os principais quadros agudos de descompensação da pressão arterial recebidos nas unidades

♦ básicas de saúde6.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a chamada **emergência hipertensiva** trata-se de condição em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral. Essa elevação abrupta da pressão arterial ocasiona, em território cerebral, perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Habitualmente, apresentam-se com pressão arterial muito elevada em pacientes com hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como em eclâmpsia, glomerulonefrite aguda e uso de drogas ilícitas, como cocaína. Podem estar associadas a acidente vascular encefálico, edema agudo dos pulmões, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave. As **urgências hipertensivas** (UH) consistem na elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo. Pacientes que cursam com UH estão expostos a maior risco futuro de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que não a apresentam. A pressão arterial, nesses casos, deverá ser tratada com medicamentos por via oral buscando-se redução da pressão arterial em até 24 horas.

Complicações agudas do diabetes

As complicações agudas do DM incluem a **descompensação hiperglicêmica aguda**, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, que pode evoluir para complicações mais graves como **cetoacidose diabética**(DM1)e **síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica**(DM2), e a **hipoglicemia**, com glicemia casual inferior a 60 mg/dL (SBD, 2016).

Para Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), "complicações agudas do diabetes requerem ação imediata da pessoa, da família ou dos amigos e do serviço de Saúde. A orientação adequada ao paciente e à família e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento, telefônico ou no local, são fundamentais para auxiliar a pessoa a impedir que o quadro evolua para quadros clínicos mais graves".

Para Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) a **cetoacidose** é uma emergência decorrente da deficiência absoluta ou relativa de insulina, potencialmente letal, com mortalidade em torno de 5%. Ocorre principalmente em pacientes com DM tipo 1, sendo, diversas vezes, a primeira manifestação da doença. A pessoa com DM tipo 2, que mantém uma reserva pancreática de insulina, raramente desenvolve essa complicação. Os principais fatores precipitantes são infecção, má aderência ao tratamento (omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar), uso de medicamentos hiperglicemiantes e outras intercorrências

* graves (AVC, IAM ou trauma). Indivíduos em mau controle glicêmico são particularmente vulneráveis a essa complicação. Os principais sintomas são: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. O diagnóstico é realizado por hiperglicemia (glicemia maior de 250 mg/dl), cetonemia e acidose metabólica (pH <7,3 e bicarbonato emergência para tratamento. Já a **síndrome hiperosmolar não cetótica** é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dl a 800 mg/dL) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Ocorre apenas no diabetes tipo 2, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese. A mortalidade é mais elevada que nos casos de cetoacidose diabética devido à idade mais elevada dos pacientes e à gravidade dos fatores precipitantes.

Os indivíduos de maior risco são os idosos, cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados, com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicados. Os fatores precipitantes são doenças agudas como AVC, IAM ou infecções, particularmente a pneumonia, uso de glicocorticoides ou diuréticos, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (por meio de nutrição enteral ou parenteral ou, ainda, de diálise peritoneal). Quanto à **hipoglicemia**, trata-se da diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 70 mg/dl. Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é menor de 60 mg/dl a 50 mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas. Geralmente, a queda da glicemia leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor). Fatores de risco para hipoglicemia incluem idade avançada, desnutrição, insuficiência renal, atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), "por ser a "porta de entrada" dos usuários no sistema, a **APS** tem como **objetivo** divulgar orientações sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, solucionando possíveis agravos e direcionando os casos mais graves para níveis de atendimento especializado. Todos na equipe têm o seu papel no manejo da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus*. Segue a baixo, um quadro com as principais atribuições de cada profissional em relação ao cuidado com os hipertensos e/ou diabéticos".

*

Quadro 1. Papel dos profissionais da equipe de saúde da família no cuidado ao paciente portador de diabetes e hipertensão.

† **Profissional**

Agente Comunitário de Saúde

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

Médico

Papel na equipe

Identificação dos fatores de risco.
Reforço das orientações sobre a
Modificação do Estilo de Vida (MEV) e
cuidado com os pés.
Cadastro de pacientes

Identificação dos fatores de risco;
Verificação de pressão arterial e glicemia
capilar;
Reforço das orientações de MEV
Cadastro de pacientes (registro de todos os
pacientes hipertensos e diabéticos da área)
Coleta de dados antropométricos: peso,
altura e circunferência abdominal, além de
medida de glicemia capilar.

Consulta de enfermagem com ênfase em:
Identificação dos fatores de risco,
Verificação de pressão arterial e glicemia
capilar,
Solicitação de exames (quadro 8) na
consulta do paciente já diagnosticado,
Renovação de receitas de anti-
hipertensivos e antidiabéticos orais
padronizados na SES-DF para os pacientes
que estão dentro das metas terapêuticas
pactuadas
Prescrição de insumos conforme o
Protocolo de Insulinoterapia da SES-DF
Anamnese e exame físico completos
Orientação sobre a MEV, autocuidado,
tratamento, metas terapêuticas, além de
manejo de insumos e cuidados com os pés
para os pacientes com DM.

Consulta médica com ênfase em:
Identificação dos fatores de risco,
Verificação de pressão arterial e glicemia
capilar,
Solicitação de exames,
Estratificação de risco,
Anamnese e exame físico completos
Diagnóstico,
Tratamento medicamentoso,
Orientação sobre a MEV,
Orientações em relação ao tratamento,
Avaliação e orientação em relação ao
cuidado com os pés.

Fonte: (BRASIL, 2012)

- ♦ Considerando todo o exposto, o tratamento e o acompanhamento do portador de DM e/ou HAS devem ser feitos por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio do vínculo e responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, por meio de planos terapêuticos individualizados juntamente com à prática de atividades físicas, para promover um programa de saúde através do autocuidado apoiado, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, levando-se em conta os aspectos culturais, comunitários e familiares, bem como a vulnerabilidade dos portadores de diabetes e/ou hipertensão.

AÇÕES

O projeto será destinado ao paciente portadores de hipertensão e ou diabetes, de ambos os sexos e de todas faixas etárias.

Através do controle dos pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes, que temos disponível na UBS, para as consultas de grupo, com o cadastrado no hiperdia, será feito a busca dos pacientes.

Será disponibilizado panfletos e cartazes, voltados para os pacientes com diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial, com informações sobre as práticas de atividades físicas com suas modalidades oferecidas, local, horário e datas de inscrição e onde poderá realizar as inscrições, além de convite direto feito pelos ACSs em visitas, e pelo médico durante as consultas de hiperdia. Serão também feitas orientações e convites na sala de espera da UBS e em visitas domiciliares realizadas pelos ACSs o qual passará todas as informações e orientações necessárias e cadastro.

As atividades físicas estarão disponíveis aos pacientes com suas consultas em dia, com adesão ao tratamento medicamentoso e interesse na mudança do estilo de vida, dessa forma pretendemos conciliar tanto a adesão a medicação quanto a prática esportiva.

O projeto estará sob responsabilidade de todos os membros da UBS, por se tratar em um projeto multidisciplinar e de várias frentes, todos os membros da equipe estarão envolvidos e terão responsabilidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação desse projeto, nos possibilitará uma melhor integração com os membros da comunidade, que participam do grupo de hiperdia, reconhecer as vulnerabilidades locais para maior apoio e intervenção.

O recente projeto sobre Atividade Física e Saúde voltado para paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial sistêmica, realça o papel fundamental da atividade física na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Desta forma, a importância de promover o exercício como um componente fundamental das estratégias de prevenção e no tratamento de ambas as doenças deve ser enxergada como uma prioridade. Deve-se também reconhecer que o benefício do exercício na melhora das anormalidades metabólicas do diabetes tipo II é provavelmente maior quando é utilizado precocemente no processo de progressão da resistência insulínica para a intolerância à glicose, desta para hiperglicemia franca que exige tratamento com hipoglicemiantes orais e desta para o tratamento com insulina. Com a integração entre os membros da equipe e os pacientes habilitará uma maior possibilidade de garantir cuidado integral aos participantes.

REFERÊNCIAS

- ALBERS JW, et al. Effect of prior intensive insulin treatment during the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) on peripheral neuropathy in type 1 diabetes during the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Study. **Diabetes Care**, v. 33, n. 5, p. 1090-1096, 2010.
- American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v. 36, supl. 1; p. S11-S66, 2013.
- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, p. 11-66, 2010.
- BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G.; TEIXEIRA, M. T. B. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista APS**; v. 10, n. 1, p. 46-55, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea na APS**: volume II. Cadernos de Atenção Básica, n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- KING, P.; PEACOCK, I.; DONNELLY, R. The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. **Br J ClinPharmacol**. v. 48, n. 5, p. 643-648, 1999.
- OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2011.
- PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.
- SIMÃO, A. F. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 101, Supl. 2, p. 1-63, 2013.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v. 107, Supl. 3, 2016.

WHO. World Health Organization. **Diabetes.** (Fact Sheet, 312), 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>. Acesso em 15 Mar 2020.