



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Taimara Zimath

Caracterização da demanda de atendimentos da
Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabrício Daniel
Campestrini, município de Rodeio - SC

Florianópolis, Março de 2016

Taimara Zimath

Caracterização da demanda de atendimentos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabrício Daniel Campestrini, município de Rodeio - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katia Jakovljevic Pudla Wagner
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Taimara Zimath

Caracterização da demanda de atendimentos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabrício Daniel Campestrini, município de Rodeio - SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Katia Jakovljevic Pudla Wagner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Introdução: A Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabrício Daniel Campestrini (FDC) foi criada em 2012 no município de Rodeio -SC e abrange 3.785 pessoas. As queixas mais frequentes de atendimento da UBS ainda são desconhecidas, visto que a equipe não possui dados de identificação das principais causas de consultas e agravos compilados e tabelados para estudo. **Objetivo:** caracterizar o perfil da demanda de consultas com médico da Estratégia de Saúde da Família da UBS FDC no município de Rodeio (SC). **Metodologia:** estudo quantitativo do tipo exploratório descritivo que caracteriza as 30 principais causas de consulta a partir da obtenção de dados contidos em prontuário eletrônico na tabelação Sistema Único de Saúde Eletrônico (E-SUS) da Atenção Básica (AB) no período de 09 de julho a 30 de dezembro de 2015. As causas de consulta foram ordenadas de acordo com a sua prevalência segundo a referência da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e também pela classificação de vulnerabilidades mais frequentes priorizadas pelo Ministério da Saúde e contidas E-SUS AB. **Resultados:** 1.679 consultas foram selecionadas para o estudo e o perfil populacional de atendimento demonstrou um predomínio de população adulta (61,4%), havendo maior busca do serviço de saúde por mulheres (61,7%). As causas mais prevalentes de atendimento foram doenças virais infecciosas (29,3%) e doenças crônicas degenerativas (33,4%). Com a caracterização da demanda optou-se por atuação intervencionista em grupo para abordagem de uma das vulnerabilidades mais prevalentes (grupo educacional anti tabagismo).

Palavras-chave: Saúde pública, Assistência ambulatorial, Classificação Internacional de Doenças

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada originariamente como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Desde então, tem sido parte da política de reorientação das redes de atenção à saúde para qualificação da atenção básica. Cabe a ESF a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para cumprimento dos seus objetivos, as causas de atendimentos em consultas médicas por uma população devem ser conhecidas. Estudos anteriores demonstram que o conhecimento das 30 principais causas de consulta em uma unidade de saúde facilitam e auxiliam na resolução de mais de 50% da demanda médica de ambulatórios gerais (PIMENTEL *et al.*, 2011).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabricio Daniel Campestrini (FDC) foi criada em 2012 no município de Rodeio, pequena cidade do médio vale de Santa Catarina e que mantém suas tradições italianas devido a sua predominante imigração européia. A cidade tem como base econômica a agricultura e pequenas empresas do ramo têxtil, em especial malharias. O município possui cerca de 11 mil habitantes divididos em 13 bairros. A área de abrangência da UBS compreende 4 bairros, sendo a região mais populosa e central da cidade totalizando 1398 famílias (3785 pessoas) cadastradas (SIAB, 2014). A unidade FDC possui boa rede social de apoio, estando localizados próximos à UBS a Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), a biblioteca municipal e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) dentre outros. O município possui conhecimento geral das causas de mortalidade e agravos que são doenças do aparelho circulatório, tumores ou neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, respectivamente (SARGUS, 2015).

As queixas mais frequentes da UBS ainda são desconhecidas pela equipe. Porém, sabe-se da necessidade de identificá-las a fim de aprimorar o atendimento oferecido e elaborar estratégias que priorizem demandas específicas e que identifiquem agravos crônicos. Doenças como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Melitus são, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), causas muito frequentes de atendimento e acarretam 60% da demanda financeira dos sistemas de saúde públicos de todo o mundo. Segundo estudo realizado com população idosa local, 86% dos idosos da cidade realizaram consultas médicas no último ano, com uma média de 3,14 consultas/por idoso ao ano e 14% deles necessitaram de atendimento em saúde mental. Dos 848 idosos estudados, 14% são fumantes e 29,1% relatam ser ex-tabagistas. A população maior que 65 anos corresponde a 15% da população total do município (VICENTE; SANTOS, 2013). Nota-se que a população idosa local expressa notável participação na atenção primária da saúde no município, no entanto, ainda não são conhecidos os motivos que os fazem buscar o sistema de saúde.

JUSTIFICATIVA

A equipe não possui dados de identificação das principais causas de consultas e agravos

da UBS. Até o início de 2015 não estava completa a instalação do E-SUS em todos os computadores da unidade, sendo que o preenchimento manual das fichas do E-SUS apresentava-se incompleto e desatualizado. Com isso a unidade não consegue identificar as principais causas de consulta e como consequência tem dificuldade em priorizar demandas e formar grupos de educação em saúde específicos e efetivos aos agravos. Neste contexto, o estudo pode promover a identificação de demandas locais, para que a equipe de saúde adquira maior conhecimento, podendo intervir de forma efetiva sobre os agravos mais prevalentes e os que demandem maiores investimentos públicos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a demanda de consultas médicas na Unidade Básica de Saúde Fabrício Daniel Campestrini, localizada no município de Rodeio - SC

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as 30 principais causas de consultas médicas no período de julho a dezembro de 2015 através do Cid-10.
- Classificar as 5 vulnerabilidades mais prevalentes em consultas segundo formatação E SUS AB.
- Eleger uma das principais causas de demanda para realização de grupo específico.

3 Revisão da Literatura

O processo de transição demográfica e epidemiológica ocorreu de forma lenta e gradual na Europa, e nos países da América Latina pode ser vista após a década de 1940 devido à queda acelerada da mortalidade geral. Ainda a partir desta década, as mudanças econômicas, demográficas e nas condições de saúde também propiciaram ao Brasil e aos demais países da América Latina a chamada transição nutricional - mudança nos padrões nutricionais e modificações na estrutura da dieta da população (PORTERO-MCLELLAN et al., 2010). Na década de 1970 a prevalência de desnutrição era de 8,6% e de obesidade era 5,7% nos adultos brasileiros e os dados de 2008/2009 apontam uma mudança nesse perfil, com aumento substancial de excesso de peso na população. A prevalência atual de excesso de peso é de 49,0% na população adulta, sendo que, 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres encontram-se com obesidade. A projeção para 2025 segundo Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) é de cerca de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos.

A transição demográfica no Brasil iniciou a partir da segunda metade do século XX. Trata-se de um fenômeno universal, porém, altamente dependente das condições históricas locais - ocorrendo de forma distinta nas diversas regiões do país e sendo permeado pela desigualdade social. As mudanças na estrutura etária da população (ocorridas ao longo do processo de transição e propiciadas pela rápida queda da fecundidade), as mudanças no grau e no estilo de desenvolvimento (urbanização das cidades com o surgimento dos níveis de assalariamento e monetarização da sociedade) e o aumento na cobertura dos serviços sociais básicos de saúde (educação, aumento na distribuição da renda nacional, cobertura vacinal ampla) deflagraram a chamada transição epidemiológica como um processo de mudança na incidência ou na prevalência de doenças e na mortalidade ao longo do tempo (BRITO, 2008).

A transição epidemiológica no Brasil teve como característica a evolução de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um perfil onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplásicas, causas externas e doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO, 2012). O município de Rodeio segue um perfil de mortalidade no qual predominam como principais causas; doenças do aparelho circulatório, tumores ou neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (SARGUSUS, 2015). A cidade ainda conta com uma população idosa de 1645 idosos (15% da população total do município) que apresentam segundo Vicente e Santos (2013) expressiva participação em atendimentos nas unidades de saúde do município.

A modificação no perfil nutricional associado a mudanças dos padrões de vida da população alterou o perfil de doenças e agravos apresentados pela população brasileira. A literatura aponta que as mortes por todas as causas atribuíveis a fatores de riscos co-

muns evitáveis seguem alguns fatores pré-disponentes: tabagismo, hipertensão, sobrepeso-obesidade, glicemia alta, colesterol alto, dieta com excesso de sal/sódio, dieta pobre em ácidos graxos e ômega-3, dieta com excesso de ácidos graxos transaturados, uso de álcool, baixa ingestão de frutas e vegetais. Estes fatores podem desencadear as principais causas de morte evitáveis: doenças do coração, neoplasias malignas, doenças respiratórias inferiores crônicas, doenças cerebrovasculares (MCPHEE; PAPADAKIS; RABOW, 2013).

A atenção básica à saúde (ABS) é definida como o conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação à saúde. Apesar de baseada essencialmente em tecnologia “simples” e métodos “práticos”, a ABS é uma ciência nova e ainda carente de estudos e experiências mais aprofundados (SARGUSUS, 2015). Segundo Mendes (2016) discutir uma proposta de atendimento organizado na ABS implica obrigatoriamente uma análise inicial das necessidades de saúde que se expressam na população local devendo ser analisados os aspectos demográficos e epidemiológicos desse contexto. É crescente o interesse pela identificação do perfil epidemiológico dos pacientes a serem atendidos para a adequação de prática de saúde (PIMENTEL et al., 2011).

Embora sejam amplas as possibilidades que motivem uma consulta, existem alguns problemas de saúde mais frequentes que são responsáveis por mais da metade de toda a demanda trazida pela população. Estudos indicam que 50% de todas as consultas realizadas num período de um ano se devem a 30 diferentes diagnósticos, o que significa dizer que o manejo desses 30 diagnósticos solucionam mais de metade da demanda por atendimentos médicos em uma UBS. Portanto, é importante e interessante à equipe de saúde que se elabore um estudo para melhor conhecimento do perfil dos usuários locais e dessa forma possibilitar a criação de uma lista de prioridades de intervenções para ações específicas (PIMENTEL et al., 2011).

O atendimento de doenças prevalentes na unidade de saúde requer uma assistência à saúde baseada na atuação de equipes multiprofissionais para atender e solucionar as queixas de forma integral e possibilitar ao indivíduo corresponsabilidade por suas escolhas e seu tratamento. A literatura demonstra que em UBSs com Equipe de Saúde da Família implantadas, as queixas mais frequentes de consulta são as relacionadas a saúde mental (incluindo-se aqui a dependência química), a doença hipertensiva, ao diabetes e a doenças virais totalizando 67,5% da demanda local (ALVES; ANDREANI; FREITAS, 2016).

Para uma intervenção preventiva e para a promoção à saúde ao nível primário de atenção é necessário reformular a organização dos serviços, pois são diversos os que ainda se mantêm estruturados para atender uma clientela acostumada a pensar no cuidado à saúde como aquele restrito à atenção médica para sua queixa imediata (SILVA et al., 2006). As mudanças na estruturação dos serviços de saúde em uma UBS pressupõe atender a clientela numa lógica de oferecer um cuidado não somente de atenção à queixa, mas de prevenção e de promoção à saúde. Segundo a OMS (2008) um sistema de saúde primário

incapaz de gerenciar com eficácia doenças crônicas como diabetes e hipertensão e doenças mentais como a depressão irá se tornar obsoleto em pouco tempo, já que, as doenças crônicas não transmissíveis são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. Neste sentido, a UBS Fabricio Daniel Campestrini ainda não possui dados de demanda de atendimento médico que poderiam orientar diversas ações em saúde. O conhecimento destes dados se faz importante para o desenvolvimento de uma atenção à saúde mais eficaz e com ações mais amplas.

4 Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo que objetiva identificar os principais motivos de consulta em ambulatório com médico da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2016 utilizando-se dos dados referentes ao período de julho a dezembro de 2015. O local selecionado para aplicação do estudo foi a Unidade Básica de Saúde Fabrício Daniel Campestrini. Foi realizada avaliação de dados obtidos através do preenchimento eletrônico das causas de consultas com médico da ESF contidas no software CRIADOR-SAÚDE (versão 9.8.3) no dispositivo E-SUS AB.

Foi considerado critério de inclusão no estudo todas as consultas realizadas por médico da ESF que tiveram preenchimento adequado da tabela E-SUS e excluídos do estudo as demais consultas registradas. Optou-se também por excluir as consultas realizadas que não abrangessem população de atuação (encaixes de outras equipes ESF).

Após, realizou-se compilação dos dados e formatação no programa Software Excel 2010 para posterior descrição das 30 principais causas de consultas mais prevalentes da unidade por ordem de frequência e apresentação segundo a CID-10 (OMS, 2016) e segundo a classificação de vulnerabilidades contidas formatação E-SUS AB do mesmo programa. Por fim, os dados obtidos foram levados à reunião de equipe para discussão e planejamento de intervenção em grupo específico. Optou-se por escolher uma queixa prevalente na população local e que impactasse diretamente na qualidade de vida dos participantes.

5 Resultados Esperados

Foram realizados 1805 atendimentos médicos da ESF no período de 09 de julho a 30 de dezembro de 2015. No presente trabalho foram excluídas 126 consultas de pacientes que não se caracterizavam como sendo da área adstrita (consultas de encaixe de paciente fora de área), totalizando-se 1679 consultas no estudo.

Em relação a demanda de atendimentos na UBS Fabrício Daniel Campestrini, observa-se um predomínio da população adulta (18 a 59 anos) com 61,4% do total de atendimentos, 20,1% dos atendimentos sendo de população idosa e 18,5% de menores de 18 anos (Tabela 1). Verifica-se um predomínio de consultas a mulheres (61,2%) em comparação a consultas realizadas aos homens (38,8%), como demonstrado na Tabela 2.

A classificação das queixas são apresentadas segundo a classificação internacional de doenças - CID -10 (OMS, 2016) (Tabela 3) e segundo a apresentação sugerida pelo programa CRIADOR-SAÚDE (versão 9.8.3) no dispositivo E SUS-AB (Tabela 4) que agrupa causas de consultas por doenças, populações alvo e grupos de vulnerabilidade priorizados pelo Ministério da Saúde, podendo um paciente apresentar mais de uma condição num mesmo momento de consulta.

Segundo a classificação CID-10 (OMS, 2016), as 30 principais causas de consultas na unidade totalizam 46,1% da demanda local. Esse dado aproxima-se muito do observado na literatura segundo Pimentel et al. (2011). Dentre as principais causas de consulta destacam-se as infecções de vias aéreas superiores com 20,4% dos atendimentos, seguida das gastroenterites agudas com 8,9%, das dorsalgias com 8,0%, das cistites agudas com 7,5% e das cefaléias com 5,9% (Tabela 3).

Tabela 1 – Caracterização da demanda local por idade

Idade do paciente	Número consultas	Percentual
0- 17	310	18,5%
18-59	1031	61,4%
60 ou mais	338	20,1%
Total	1679	100%

Tabela 2 – Caracterização da demanda local segundo o gênero

Gênero	Número consultas	Percentual
Homens	652	38,8%
Mulheres	1027	61,2%
Total	1679	100%

Tabela 3 – Classificação da demanda local segundo CID-10

Causa de consulta	N de consultas	Percentual
Infecções de Vias Áreas Superiores (IVAS)	158	20,4%
Gastroenterite aguda (GEA)	69	8,9%
Dorsalgia	62	8,0%
Cistite aguda	58	7,5%
Cefaleias	46	5,9%
Saúde sexual	45	5,8%
Febre de origem desconhecida	33	4,3%
Dor abdominal e pélvica	32	4,1%
Afecção da musculatura	30	3,9%
Dor articular	25	3,2%
Hipotireoidismo	20	2,6%
Dispepsia	18	2,3%
Tosse	16	2,1%
Dor aguda	16	2,1%
Colelitíase	14	1,8%
Ferimentos superficiais	14	1,8%
Asma	14	1,8%
Calculose de rim e ureter	12	1,5%
Náuseas e vômitos	11	1,4%
Cerume impactado	10	1,3%
Queda do mesmo nível	9	1,2%
Anemias	8	1,0%
Perda ponderal anormal	8	1,0%
Conjuntivite	7	0,9%
Neoplasias	7	0,9%
Dermatite atópica	7	0,9%
Otite externa	6	0,8%
Varicela sem complicação	5	0,6%
Infecção de Vias aéreas Inferiores (IVAI)	5	0,6%
Fraturas de pé	5	0,6%

Tabela 4 – Classificação da demanda segundo organização E SUS-AB (CRIADOR-SAÚDE versão 9.8.3)

Vulnerabilidade	N de consultas	Percentual
Hipertensão arterial sistêmica - HAS	286	17,0%
Saúde mental	170	10,1%
Reabilitação	125	7,4%
Diabetes Mellitus - DM	113	6,7%
Tabagismo	73	4,3%
Total	767	45,7%

Houve nesse período 1076 consultas com pelo menos 1 registro de vulnerabilidade pela classificação E-SUS AB, excetuando-se aqui os atendimentos já classificados segundo CID-10. Os 5 principais motivos de consultas segundo essa classificação totalizaram 45,7% de todos os atendimentos. As vulnerabilidades mais frequentes encontradas na população local foram hipertensão com 17,3% dos atendimentos, seguida dos atendimentos relacionados à saúde mental (10,1%), dos casos de reabilitação (7,4%), das consultas por Diabetes Mellitus (6,7%) e dos atendimentos a tabagistas (4,3%) (Tabela 4).

Considerou-se relevante ao estudo a análise através de uma segunda classificação (além da realizada pelo CID-10), pois constata-se que através da avaliação E-SUS AB, houve o predomínio de doenças e vulnerabilidades crônico-degenerativas concordantes com a literatura exposta onde se afirma que a população brasileira apresenta alta prevalência dessas doenças, em especial a HAS e o Diabetes (SBD, 2016). Quando avaliados os dados obtidos de maneira geral, observa-se que houve semelhança com o estudo de Alves, Andreani e Freitas (2016) que relataram um predomínio de atendimentos à HAS, ao DM, à Saúde mental e a doenças virais.

Após levantamento dos dados expostos, foi realizada reunião em equipe e optado por realizar intervenção do tipo educação em saúde à população local tabagista a fim de minimizar este fator de múltiplos riscos à saúde e incentivar a população local a cessação do tabagismo.

Concluí-se com este estudo que a busca pelo atendimento médico ambulatorial na ESF Fabrício Daniel Campestrini no município de Rodeio-SC, de acordo com os dados dos 6 primeiros meses de instalação do dispositivo eletrônico para classificação de consultas E-SUS AB, teve um predomínio de atendimentos por doenças virais infecciosas (IVAS e GEA com 29,3% dos atendimentos) seguidos dos atendimentos a doenças crônico-degenerativas (HAS, DM e saúde mental com 33,9%). Os resultados corroboram com a literatura e apontam um processo de transição epidemiológica, na qual há uma mudança no perfil de transição entre doenças infecciosas para doenças crônico-degenerativas (FELICIANO; MORAES, 1999)(ARAUJO, 2012).

Referências

- ALVES, G. A.; ANDREANI, M. da S.; FREITAS, R. de. *Diagnóstico e Planejamento na Estratégia de Saúde da Família*. 2016. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/54/31>>. Acesso em: 21 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 21.
- ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 21.
- BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 5, n. 1, p. 5–26, 2008. Citado na página 13.
- FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. de. Demanda por doenças crônicas-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos-SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 7, n. 3, p. 41–47, 1999. Citado na página 21.
- MCPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A.; RABOW, M. W. *Current Medicina: Diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: McGraw Hill, 2013. Citado na página 14.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232010000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Jan. 2016. Citado na página 14.
- OMS, O. M. de S. *The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever*. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 30 Dez. 2015. Citado 3 vezes nas páginas 9, 13 e 14.
- OMS, O. M. de S. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 2016. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- PIMENTEL Ítalo R. S. et al. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 6, n. 20, p. 175–181, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 9, 14 e 19.
- PORTERO-MCLELLAN, K. C. et al. Estado nutricional e composição corporal de pacientes hospitalizados:: reflexos da transição nutricional. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 25–33, 2010. Citado na página 13.
- SARGSUS, S. de Apoio à Construção de Relatório de G. *Relatório Gestão Anual - 2014*. 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 20 Dez. 2015. Citado 3 vezes nas páginas 9, 13 e 14.
- SBD, S. B. de D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2016. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado na página 21.
- SIAB, S. de informação da A. B. *Cadastramento Familiar - Santa Catarina*. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFSC.def>>. Acesso em: 28 Dez. 2015. Citado na página 9.

SILVA, T. R. et al. Controle do diabetes mellitus e hipertensão arterial em grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 180–189, 2006. Citado na página 14.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de santa catarina. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*, v. 1, n. 2, p. 370–378, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 13.