

Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos aplicada por uma equipe da estratégia de saúde da família em Fortaleza – Ceará

Stratification of cardiovascular risk in hypertensive and diabetic patients applied by a team of the family health strategy in Fortaleza – Ceará

José Cláudio Borges da Silva Filho¹; Cristiano José da Silva²; Andréa Tavares Barbosa³

RESUMO

Estratificar o risco cardiovascular de pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes de um território de Fortaleza, acompanhados pela equipe da Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, analisando o perfil epidemiológico desses pacientes. Estudo descritivo, longitudinal, retrospectivo, com coleta de dados em prontuários de pacientes acompanhados nos grupos de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2017. Dentre a amostra, constatou-se que a maior parcela era composta por pacientes do sexo feminino, em idade avançada, sendo predominante o diagnóstico de hipertensão. Quanto à estratificação do risco cardiovascular, viu-se que a maioria dos sujeitos apresentava alto e muito alto risco. É imperiosa a elaboração de estratégias pela equipe assistente, visando fomentar o autocuidado, instigando a adoção de medidas mais salutares, aprimorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: *Hipertensão; Diabetes Mellitus; Doenças Cardiovasculares.*

ABSTRACT:

To define the cardiovascular risk of patients with hypertension and / or diabetes in one of the areas of Fortaleza city, accompanied by the Family Health Strategy team of a Primary Health Care Unit, analyzing the epidemiological profile of these patients. Retrospective descriptive, longitudinal study with data collection in records of patients with chronic non-communicable diseases, with visits performed from January to December, 2017. Among the sample, it was observed that a larger part was composed of female patients, with advanced age and predominance of hypertension diagnosis.

¹ Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública – ESP-CE.

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade estadual do Ceará. Mestrado em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

³ Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Médica na Estratégia de Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Email para correspondência: claudiobsfilho@gmail.com

Regarding the stratification of cardiovascular risk, it was seen that most of the subjects presented high and very high risk. It is imperative to develop strategies by the assistant team to promote self-care, encouraging the subjects to adopt healthier measures, by improving the quality of life.

Keywords: *Hypertension; Diabetes Mellitus; Cardiovascular Diseases.*

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são agravos que apresentam etiologia de origem multifatorial, não infecciosa e curso prolongado, podendo gerar consequências recorrentes ou persistentes, como deficiências e/ou incapacidades funcionais^{1,2}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde³, as principais causas de morte por DCNT foram decorrentes de doenças cardiovasculares (46,2%), câncer (21,7%), doenças do trato respiratório (10,7%) e diabetes (4%), sendo esses agravos considerados os quatro principais tipos de DCNT^{3,4}. Em 2013, estimou-se um número superior a 36 milhões de óbitos por tais agravos, representando 63% do total de mortes no mundo³. No Brasil, essas enfermidades compreendem o problema de saúde de maior proporção, responsáveis por 72% das mortes⁵.

As DCV apresentam íntima relação com fatores de risco, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, junto ao tabagismo e à dislipidemia, os principais identificados⁶. No Brasil, estima-se que 23 milhões de pessoas sejam portadoras de hipertensão e diabetes⁷.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados maiores ou iguais a 140 mmHg para pressão arterial sistólica e/ou 90 mmHg para a diastólica. Está comumente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e a alterações metabólicas^{8,9}.

O diabetes mellitus, por sua vez, não constitui apenas uma doença única, representando um grupo de distúrbios metabólicos que possuem em comum a hiperglicemia, como resultado de falhas na ação e/ou na secreção de insulina. Os critérios diagnósticos para diabetes são estabelecidos com base no nível plasmático de glicose, sendo determinados os valores: a) ≥ 126 mg/dl para glicemia de jejum; b) ≥ 200 mg/dl em glicemia 2 horas após sobrecarga de glicose

75g; ou c) ≥ 200 mg/dl em glicemia casual, na presença de sintomas como poliúria, polidipsia e/ou perda ponderal¹⁰.

Objetivando qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Atenção Primária à Saúde¹¹. Em concordância com os esforços nacionais, a gestão municipal de saúde de Fortaleza tem priorizado ações que qualifiquem a atenção do cuidado, a organização das práticas de saúde e, assim, a melhoria do acesso¹².

Como modo de avaliar o risco cardiovascular (RCV) em pacientes hipertensos e diabéticos, contribuindo na formulação de plano terapêutico, foi proposta a realização de uma estratificação de risco que considere a presença de fatores de risco (quadro 1), lesões em órgãos-alvo (quadro 2), condições clínicas associadas e os valores aferidos de pressão arterial¹². No que concerne às condições clínicas relacionadas, listam-se doenças cerebrovasculares (AVEI, AVEH, AIT, alteração da função cognitiva), doenças cardíacas (insuficiência cardíaca e infarto, por exemplo), injúria renal, retinopatia avançada e doença arterial periférica¹².

Quadro 1 – Fatores de risco cardiovascular adicionais aos pacientes com HAS

| |
|---|
| Fatores de Risco Cardiovascular |
| Idade (em anos): Homem > 55; Mulheres > 65 |
| Tabagismo |
| Dislipidemias |
| Triglicérides ≥ 150 mg/dl |
| LDL colesterol > 100 mg/dl |
| HDL < 40 mg/dl para homens |
| HDL < 46 para mulheres |
| Diabetes mellitus |
| História familiar de DCV prematura (em anos): Homens < 55 Mulheres < 65 |

| |
|---|
| Glicemia de jejum: 100-125 mg/dl |
| Teste de tolerância à glicose anormal |
| Obesidade: IMC ≥ 30 Kg/m ² |
| Circunferência da cintura: > 102 cm para homens > 88 cm para mulheres |
| Sexo masculino |

Fonte: Fortaleza (2016)

Quadro 2 – Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo(LOA)

| |
|---|
| Lesões subclínicas |
| Eletrcardiograma e/ou ecocardiograma sugerindo hipertrofia do ventrículo esquerdo |
| Ultrassonografia de Carótidas: espessura médio-intimal > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma |
| Índice tornozelo braquial:<0,9 |
| Taxa de filtração glomerular ou clearance de creatinina: 30-60ml/min |
| Microalbuminúria: 30-300mg/24h ou relação albumina/creatinina amostra isolada, mg/g): 30-300 |

Fonte: Fortaleza (2016)

Considerando, ainda, pacientes hipertensos que também apresentarem diagnóstico de diabetes, foi estipulada a estratificação de risco conforme Diretrizes de Diabetes Mellitus¹³.

Uma nova avaliação do risco cardiovascular deve ser realizada a cada consulta, conforme os parâmetros estabelecidos, podendo o paciente mudar de nível de risco à medida que controle ou não o agravo¹². Considerando tal estratégia, o acompanhamento regular desses pacientes torna-se fundamental para um bom resultado, com melhoria da qualidade de vida e controle dos agravos. Por isso, as condições crônicas exigem das equipes de saúde da família (ESF) da atenção primária uma organização sistemática, para que barreiras de acesso sejam contornadas, possibilitando um cuidado continuado conforme as necessidades e estratificação de risco de cada indivíduo⁸.

A fim de facilitar o registro de informações sobre os pacientes, dentre as quais estão dados importantes para estratificação de risco cardiovascular, e buscando otimizar o tempo de coleta e gerenciamento desses dados pelos

profissionais da saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema integrado de informações da Atenção Básica, o e-SUS AB¹⁴.

Por meio desse sistema, as unidades básicas com computadores teriam fácil e rápido acesso ao prontuário eletrônico de cada usuário. Esse *software* possui também ferramentas e funções que facilitam o cotidiano das equipes de saúde que atuam na atenção primária¹⁴.

Diante do exposto, o presente artigo propõe-se a realizar uma análise do perfil de pacientes portadores de hipertensão e diabetes, de um território assistido por Equipe de Saúde da Família, considerando dados pertinentes para estratificação de risco cardiovascular, a fim de organizar agenda da equipe de modo a otimizar o acompanhamento de tais pacientes.

Objetiva-se, com isso, estratificar o risco cardiovascular de pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes de um território de Fortaleza, acompanhados pela equipe da ESF do Lagamar 1 da UAPS Irmã Hercília Lima Aragão, conforme critérios anteriormente detalhados, analisando também o perfil epidemiológico dos referidos pacientes vinculados ao território assistido pela ESF.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo descritivo, longitudinal, de caráter retrospectivo, sendo coletados dados secundários de um banco de informações preexistentes registradas em prontuários de pacientes acompanhados nos grupos de portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

O estudo foi realizado na UAPS Irmã Hercília Lima Aragão, na cidade de Fortaleza-CE, no período de janeiro a dezembro de 2017. O território da pesquisa corresponde a uma das áreas acompanhadas por equipe da ESF desta unidade de saúde, equivalendo à área 236, com denominação de Lagamar I. A referida unidade está situada no bairro São João do Tauape, foi escolhida por ser onde o pesquisador está locado.

Foram incluídos no estudo os pacientes que possuíam diagnose de hipertensão e/ou diabetes, que estiveram vinculados ao território assistido pela referida equipe e que realizaram acompanhamento desses agravos por meio de consultas com os profissionais de saúde, enfermeiro e médico, da equipe, durante o período referido.

Foram definidos como critérios de exclusão: a) a ausência de diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes; b) a não vinculação ao território assistido pela equipe; e c) a ausência de acompanhamento, em consultas, com a equipe de saúde no período de janeiro a dezembro de 2017. Os pacientes que apresentaram ao menos um desses critérios foram excluídos da pesquisa.

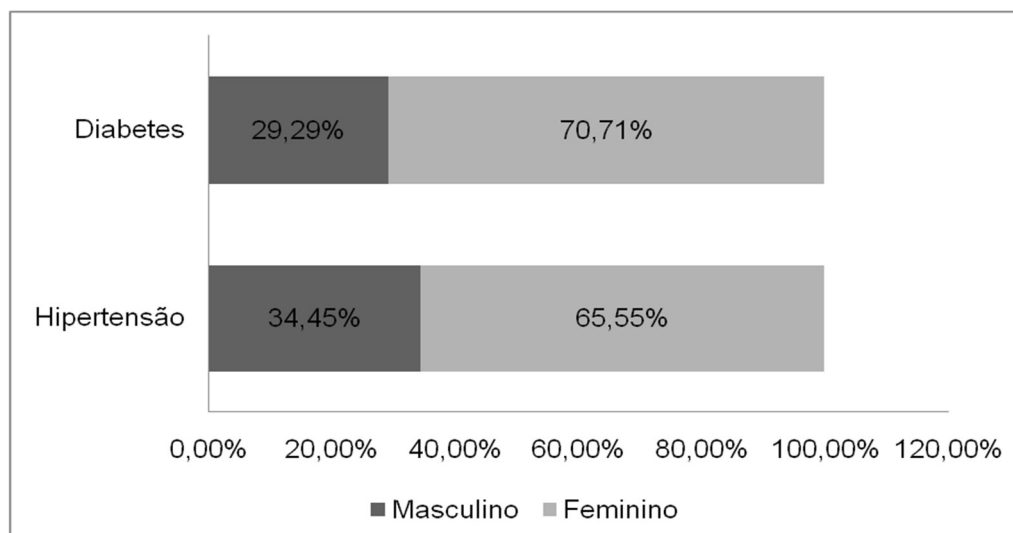
O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu o formulário idealizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, detalhado no anexo 1. As informações registradas foram analisadas por meio do *software* estatístico Epi Info, versão 7.2.2.6.

O sigilo das informações e a privacidade dos indivíduos foram assegurados. Os valores sociais, culturais, morais e religiosos também foram respeitados. Esta pesquisa foi submetida à análise em Comitê de Ética e Pesquisa, com CAAE nº 82273818.3.0000.5037, tendo seu parecer favorável à realização.

RESULTADOS

Foram analisados prontuários de 225 pacientes, que constituíram a amostra que se enquadrou nos critérios estabelecidos. Desse total, 148 (65,78%) eram do sexo feminino, e 77 (34,22%) do sexo masculino. A idade dos sujeitos avaliados variou entre 24 a 93 anos, com média de 65 anos e moda de 72 anos.

Figura 1 – Frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, conforme sexo



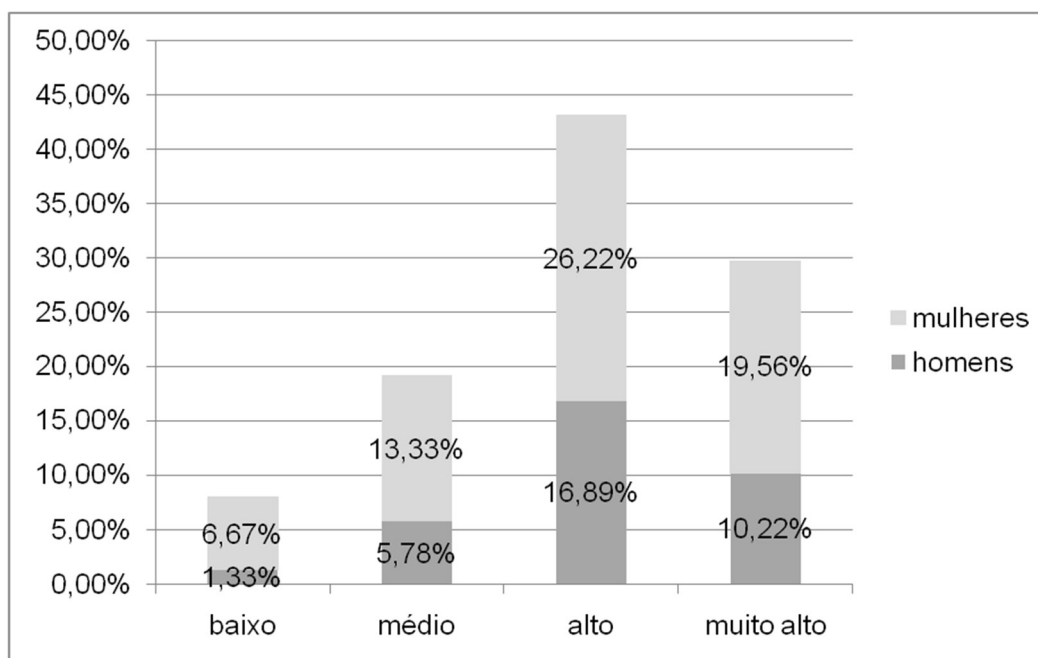
Fonte: Elaboração própria.

Identificou-se que 209 pacientes (92,89%) apresentaram diagnose de hipertensão; desses, 137 (65,55%) são do sexo feminino, e 72 (34,45%) do

masculino. Quanto ao achado de diabetes *mellitus*, 99 (44,00%) possuíam tal agravo, sendo 70 (70,71%) mulheres e 29 (29,29%) homens. Ambos os agravos foram identificados em 83 participantes (36,89%). Na figura 1, observa-se a frequência de hipertensão e diabetes nos grupos divididos por sexo.

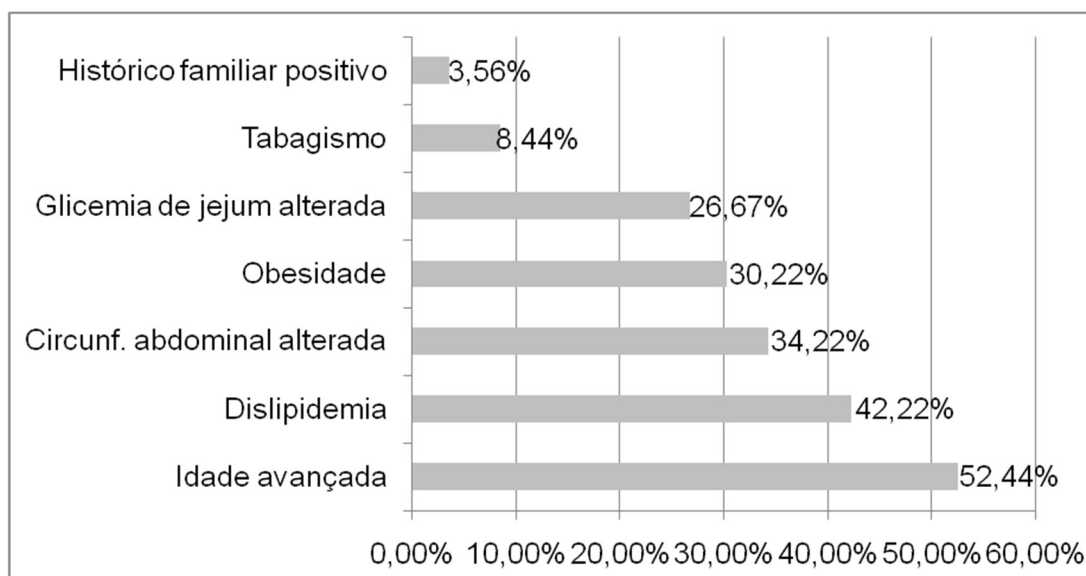
No que concerne à estratificação do risco cardiovascular, 18 pacientes (8,00%) apresentaram baixo risco; 43 (19,11%) foram classificados como médio risco; 97 (43,11%) possuíam alto risco cardiovascular; e 67 (29,78%) estavam em situação de muito alto risco. A Figura 2 revela esses valores, distribuindo conforme sexo.

Figura 2 – Frequência da estratificação de risco cardiovascular segundo sexo



Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos fatores de risco, identificou-se como mais recorrente o fator idade avançada (52,44%), definida como idade maior que 55 anos para homens e 65 anos para mulheres. A dislipidemia foi o segundo mais frequente (42,22%). Constatou-se também que 34,22% possuíam circunferência abdominal alterada; 30,22% apresentaram obesidade (IMC maior que 30); 26,67 estavam com valores de glicemia de jejum alterados; 8,44% eram tabagistas; e 3,56% possuíam história familiar positiva para eventos cardiovasculares. Esses dados encontram-se listados na Figura 3.

Figura 3 – Frequência de fatores de risco identificados

Fonte: Elaboração própria.

Identificou-se ainda que, dentre os pacientes diabéticos, 45,45% faziam uso de insulino terapia. Desses, 2,22% apresentavam baixo risco cardiovascular, 42,22%, alto risco, e 55,56%, muito alto risco.

Dentre os hipertensos, 28,71% apresentaram níveis pressóricos controlados, 47,85% estavam classificados como hipertensos no estágio I; 16,27% possuíam níveis pressóricos condizentes com o estágio II; e 7,18% compareceram à consulta em vigência de pico hipertensivo (estágio III).

As principais condições clínicas associadas (CCA) detectadas foram: doenças cardíacas (12,00%), doenças cerebrovasculares (5,33%), doenças renais (3,11%) e doenças arteriais periféricas (2,67%).

Discussão

Analisando os dados apresentados, percebe-se que significativa parte da amostra é composta por indivíduos idosos, uma vez que média e moda encontradas foram de 65 e 72 anos, respectivamente. Tal fato segue consoante literatura médica, que relaciona aumento gradual da pressão arterial com o processo de envelhecimento, favorecido por alterações orgânicas que propiciam o desenvolvimento de hipertensão^{15,16}.

A disparidade identificada entre os sexos dos sujeitos estudados confronta estudos que relatam pequena variação na prevalência entre os sexos^{15,17}. Essa diferença pode ser explicada por questões culturais, abordadas

por alguns autores. A prática do autocuidado por homens é prejudicada por ideias estereotipadas de gênero, indo de encontro à simbologia da masculinidade^{18,19}. Associa-se a essa questão a ideia de que as unidades de atenção primária são percebidas por alguns homens como espaços de maior presença feminina, sem programas especificamente direcionados ao público masculino, o que colabora para o afastamento desse grupo das instituições de atenção primária à saúde^{18,20}.

Essa deficiência no autocuidado está também vinculada ao fato de que homens, em geral, apresentam dificuldade em identificar seus problemas de saúde, em virtude de um pensamento que não pondera a possibilidade de adoecimento¹⁹. Tal fato é corroborado por estudos, evidenciando que, dentre os brasileiros, as mulheres têm melhor percepção da condição de hipertensão, bem como de outros agravos em saúde, procurando serviços de saúde com maior periodicidade^{15,21}.

A significativa prevalência de pacientes com *status* de alto e muito alto risco cardiovascular está associada à presença de múltiplos fatores de risco, bem como de condições clínicas identificadas. Dentre os fatores de risco listados, tem-se a idade avançada como principal destaque, contudo, trata-se de um fator não modificável. Dentre os fatores que podem ser alterados positivamente, nota-se que há direta relação com hábitos alimentares e prática de atividade física, uma vez que estão em destaque: dislipidemia, circunferência abdominal alterada, obesidade e glicemia de jejum alterada.

No concernente à dislipidemia, sabe-se que a terapia nutricional integra o tratamento não farmacológico, sendo de imprescindível adoção, junto à terapia farmacológica e às correções no estilo de vida (perda de peso, realização de atividade física e cessação do tabagismo)²². A adequação de um estilo de vida com adoção de hábitos mais salutarres também é uma orientação preconizada para pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 2, revelando-se mais efetiva no controle do quadro que o tratamento farmacológico²³.

Diante desse contexto, estratégias que fomentem mudanças positivas no estilo de vida trariam benefícios para esses pacientes. Atividades educativas coletivas e grupos operativos, por exemplo, podem contribuir para promoção da saúde, prevenção de agravos e prática de cuidados específicos, como cuidados com pé diabético, aumentando a adesão ao tratamento não medicamentoso e

ao farmacológico, ampliando as chances de controle da hipertensão e do diabetes^{24,25}. Esses grupos também instigam melhorias no autocuidado e desestimulam comportamentos de risco ou danosos²⁵.

Com relação aos pacientes diabéticos que fazem uso de insulina, vê-se que constituem quase a metade do total de pacientes diabéticos. Essa porcentagem significativa embasa a necessidade de se abordarem também os cuidados necessários no manejo e aplicação de insulina, pois, embora muitos pacientes já utilizem insulina de modo cotidiano, pode haver equívocos relacionados à terapia com tal fármaco, que demanda aprendizagem, atualizações e cuidados continuados²⁶.

CONCLUSÃO

O presente trabalho, considerando a magnitude já detalhada dos agravos hipertensão e diabetes, objetivou estratificar o risco cardiovascular de pacientes portadores dessas comorbidades de um território de Fortaleza, analisando seu perfil epidemiológico.

Baseando-se nos resultados obtidos, vê-se que a população assistida é predominantemente idosa e apresenta grande percentual de indivíduos com alto e muito alto risco cardiovascular. Esse fato está associado à presença de fatores de risco fortemente ligados a hábitos de vida e/ou alimentares, sendo a presença concomitante de diabetes mellitus um fator agravante.

É imperiosa, então, a elaboração de estratégias pela equipe de saúde da família, que visem a fomentar o autocuidado, instigando os sujeitos a adotarem medidas mais salutares, como dieta adequada, perda ponderal e prática de atividade física, a fim de reduzirem os fatores de risco de complicações associadas à hipertensão e ao diabetes, aprimorando a qualidade de vida.

Nesse sentido, atividades de promoção de saúde, como salas de espera e grupos operativos, tornam-se ferramentas fundamentais que auxiliam o tratamento farmacológico, fomentam o fortalecimento do autocuidado e instigam essas modificações positivas no estilo de vida, contribuindo para o sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Duncan MS, Goldraich MA, Chueiri PS. Cuidados Longitudinais e Integrals a Pessoas com Condições Crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani

- ERJ, Duncan MS, Giugliani C, organizadores. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 892-904.
2. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Junior JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey. 2013. Revis. Bras. Epidemiol. 2015 dez; 18 (supl 2): 03-16.
 3. Organização Mundial de Saúde. Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013–2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2013. [Acesso em: 28 dez 2017]. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>.
 4. Organização Mundial de Saúde. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2015. [Acesso em: 28 dez 2017]. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>.
 5. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014 out/dez; 23(4): 599-608.
 6. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arq. Bras. Cardiol. 2012 ago; 99(2): 755-61.
 7. Justino ALA, Calvette TF, Melo TAP. Prevenção Primária e Secundária para Doenças Cardiovasculares. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1233-8.
 8. Bianchini IM. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1281-9.
 9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2016 set; 107(supl. 3).
 10. Oliveira JEP, Vêncio S, organizadores. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016. [Acesso em: 28 dez 2017]. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>.
 11. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília – DF; 2014.
 12. Secretaria Municipal da Saúde (Fortaleza). Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial. Fortaleza; 2016.
 13. Oliveira JEP, Vêncio S, organizadores. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014. [Acesso em: 28 dez 2017]. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>.
 14. Ministério da Saúde. O que é o e-SUS AB. Brasília – DF; 2012. [Acesso em: 28 dez 2017]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php>.
 15. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2008 jul. 91(1): 31-35. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>
 16. Brandão AA, Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J. Bras.

- Nefrol. [Internet]. 2010 set; 32(Supl 1): 1-4. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000500003>.
17. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*. 2003; 290: 199-206.
 18. Martins AM, Modena CM. A saúde do homem nos serviços de atenção primária: desafios culturais e organizacionais. *Cadernos ESP*. 2015 jan/jun; 9(2): 40-52. [Acesso em: 22 mar 2018]. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br>>.
 19. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília – DF; 2009.
 20. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery*. 2013 mar; 17(1):120-127. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>.
 21. Lucca SR, Rodrigues MSD. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Trab*. 2015; 13(2):76-82.
 22. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013 out;101(4 Supl 1):1-20. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>
 23. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. Saúde Col*. 2011 mar; 16(3):2001-2009. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>
 24. Lima MG, Ceccato MGB, Braga, DS, Silva FMB, Gonçalves MA, Gajo MM et al. Grupos operativos de hipertensos e diabéticos no Pet-Saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2014; 16(1):133-138.
 25. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet*. 2016 mar; 24(1):124-130. [Acesso em: 24 mar 2018]. Disponível em: <www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>.
 26. Teles MJM. Cuidados essenciais em insulinoterapia com seringa agulhada: manual educativo [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; 2014.