

CID 10

E 10 - Diabetes mellitus insulino-dependente;

E 14 - Diabetes mellitus não especificado.

CARACTERÍSTICAS GERAISDESCRIÇÃO

As DCNT no Brasil constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.

Merece indiscutível destaque, entre as condições crônicas, o diabetes que, em associação com as dislipidemias, o tabagismo e o sedentarismo, são os principais determinantes da morbimortalidade por afecções cardiovasculares no mundo.

O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%.

Com frequência, essa doença leva à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade.

Neste cenário pode-se, então, estabelecer ações efetivas na prevenção primária e secundária desses agravos, sendo possível perceber em alguns anos a repercussão dessas iniciativas na qualidade de vida e nos indicadores de saúde da população do Estado do Tocantins.

DEFINIÇÃO DE CASO

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou, também, da impossibilidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos, condição conhecida como resistência à insulina.

Caracteriza-se por hiperglicemia permanente, frequentemente acompanhada por obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, disfunção endotelial, hipercoagulabilidade sanguínea e aumento da atividade de marcadores inflamatórios. Tendo em vista os dados de aumento de prevalência do diabetes em todo o mundo e sua nítida associação com a ocorrência de eventos cardiovasculares que, se não fatais, têm grande potência para levar à incapacidade, é indispensável que os serviços de saúde estejam estruturados para desenvolver estratégias de promoção à saúde, prevenindo o aparecimento da doença, sendo capazes de realizar diagnósticos precoces e estabelecer tratamentos que evitem ou retardem a instalação de lesões de órgãos alvo.

DM tipo 1:

Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5% a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em:

- Imunomediado;
- idiopático.

DM tipo 2:

Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos.

DM gestacional:

É a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez, na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de Diabetes Mellitus e de tolerância à glicose diminuída, detectados na gravidez. Outros tipos específicos incluem várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos:

- Defeitos genéticos da função da célula beta.
- Defeitos genéticos na ação da insulina.
- Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística, etc).
- Aqueles induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticóides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.).

NOTIFICAÇÃO

Os principais passos para **INVESTIGAÇÃO, CONFIRMAÇÃO e NOTIFICAÇÃO** do Diabetes a serem seguidos pelas equipes de saúde dos municípios:

- Promover a integração entre as áreas (vigilância epidemiológica, atenção básica e outras áreas afins) visando obter informações e dados para a adoção das medidas de prevenção e controle;
- Investigar casos suspeitos dos respectivos agravos através de anamnese, por meio da vigilância ativa nos principais serviços de saúde e sistemas de informações (busca ativa de casos nas unidades de saúde; nos hospitais; em visitas domiciliares, no Sistema de Informação sobre Mortalidade – **SIM**; no **e-SUS/SIAB** (preenchimento das fichas de visita domiciliar, ficha de cadastro individual, ficha de notificação individual); Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – **SIH/SUS**; no Sistema de Informações Ambulatorial – **SIA/SUS**);
- Notificar todos os casos suspeitos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Ficha de Notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), disponível no link: www.saude.gov.br/sinanweb;
- Preenchimento do Relatório Trimestral realizado pelos municípios. Esse Relatório é encaminhado à área técnica da GDANT/DCNT, que consolida os dados para controle e verificação dos agravos, bem como liberação das insulinas.

INVESTIGAÇÃO DO DIABETES MELLITUS

Em relação ao rastreamento do diabetes, recomenda-se a realização de testes diagnósticos na população com idade superior a 45 anos, principalmente nos indivíduos com dois ou mais fatores de risco presentes.

Anamnese: Questionar sobre:

- prática de atividade física;
- exames laboratoriais anteriores;
- padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal;
- tratamento(s) prévio(s) e resultado(s);
- sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial, evolução, estado atual, tempo de diagnóstico;
- intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia, etc.);
- infecções de pés, pele, dentária e geniturinária;
- úlceras de extremidades, distúrbios visuais;
- uso de medicações que alteram a glicemia;
- fatores de risco para aterosclerose (hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar);
- história familiar de DM ou outras endocrinopatias;
- histórico gestacional;
- passado cirúrgico.

CONDIÇÕES DE RISCO PARA RASTREAMENTO DO DM TIPO 2

- Idade maior que 40 anos.
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos, etc.).
- Excesso de peso (IMC maior que 25).
- Obesidade (particularmente do tipo central).
- Hipertensão Arterial.
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos.
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria.
- Mães de recém-nascido com mais de 4 kg.
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional.
- HDL - colesterol menor ou igual a 35 mg/dl.
- Triglicérides maior ou igual a 200 mg/dl.
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, etc.).
- Sedentarismo.

O rastreamento poderá ser feito com glicemia capilar (a ser confirmado posteriormente com glicemia plasmática de jejum de 8 horas), e deverá ser feito:

1) a cada 3 a 5 anos para indivíduos com 45 anos ou mais;

2) a cada 1 a 3 anos quando houver:

- história de DM gestacional.
- evidências de 2 ou mais componentes da síndrome plurimetabólica.
- presença de 2 ou mais fatores de risco.

3) uma vez por ano ou mais frequentemente quando:

- a glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo 1).
- houver complicações relacionadas com o DM.

Diabetes Gestacional:

Fatores de risco

- Idade superior a 25 anos;

- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;
- Baixa estatura (<1,50cm);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional.

Recomenda-se o rastreamento do diabetes gestacional para todas as gestantes, independentemente da presença de fatores de risco. Por questões de baixo custo, simplicidade e validade, sugere-se a glicemia de jejum como teste de rastreamento.

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

Em muitos casos, os sintomas podem ser leves ou ausentes, podendo aparecer vários destes ao mesmo tempo. Os sintomas mais comuns são:

- Sede excessiva;
- Grande perda de peso;
- Fraqueza e cansaço;
- Coceira vaginal;
- Urinar várias vezes e em grande quantidade;
- Muito desânimo;
- Obesidade;
- Dificuldade de cicatrização de feridas;
- Alterações na visão;
- Pressão alta.

Características clínicas Diabetes Mellitus tipo 1:

- Maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens;
- Início abrupto dos sintomas;
- Pacientes magros;
- Facilidade para cetose e grandes flutuações da glicemia;
- Pouca influência hereditária;
- Deterioração clínica, se não tratada imediatamente com insulina.

Características clínicas Diabetes mellitus tipo 2:

- Tem início insidioso, com sintomas inespecíficos, o que, muitas vezes, retarda o diagnóstico;
- Obesidade diagnosticada, especialmente de distribuição abdominal (obesidade “andróide” ou tipo “maçã”), quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril (RCQ) é maior que 1 para os homens, e maior que 0,85 para as mulheres. Considera-se, também, a medida da circunferência abdominal maior que 1 metro, para os homens, e 90 cm, para as mulheres. A obesidade está presente em cerca de 80% dos pacientes, no momento do diagnóstico;
- Forte componente hereditário;
- Idade maior que 30 anos, embora possa ocorrer em qualquer época. A prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 20%, na população com 60 anos ou mais. Atualmente, têm surgido casos de DM tipo 2, em crianças e adolescentes, principalmente nas obesas e nas que apresentam características de resistência insulínica;
- Pode não apresentar os sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento);
- Evidências de complicações crônicas micro e macrovasculares, ao diagnóstico, pelo fato desses pacientes terem evoluído, entre quatro a sete anos antes, com hiperglicemia não detectada;

➤ Não propensão à cetoacidose diabética, exceto em situações especiais de estresse agudo (infarto agudo do miocárdio, etc.).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

O diagnóstico de Diabetes Mellitus é feito laboratorialmente. O quadro a seguir mostra as faixas de alterações laboratoriais que definem as categorias de tolerância à glicose e o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

PARÂMETROS LABORATORIAIS				
CLASSIFICAÇÃO	GLICEMIA DE JEJUM*	GLICEMIA NO TTOG**	GLICEMIA CASUAL	Hemoglobina A1c****
GLICEMIA NORMAL	< 100 MG/DL	< 140 MG/DL	-	-
GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA	> 100 E < 126 MG/DL	< 140 MG/DL	-	-
TOLERÂNCIA DIMINUÍDA À GLICOSE	< 126 MG/DL	> 140 MG/DL E < 200 MG/DL	-	-
DIABETES MELLITUS	> 126 MG/DL	> 200 MG/DL	> 200 MG/DL***	> 6,5%

TTOG: Teste de Tolerância Oral à Glicose; Hemoglobina A1c: Hemoglobina Glicada

* O jejum é definido como a ausência de ingestão calórica por, no mínimo, 8 horas. O valor de corte inferior a 100 mg/dL para glicemia de jejum normal é adotado pela American Diabetes Association (ADA) e pela International Diabetes Federation (IDF). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera glicemia de jejum normal < 110 mg/dL.

** O teste de tolerância oral à glicose (TTOG) deverá ser realizado conforme procedimento descrito pela OMS:

1. Dieta nos 3 dias antecedentes ao exame com ingestão de carboidratos maior que 150 g/dia;
2. Sugere-se refeição com 30g a 50g de carboidratos na noite anterior ao teste;
3. Jejum de 8 a 14 horas, sendo liberada a ingestão de água;
4. Não é permitido fumar ou caminhar durante o teste;
5. Após a coleta da glicemia em jejum, procede-se a administração oral de 75 g de glicose anidra em 250 mL a 300 mL de água durante 5 minutos;
6. O tempo do teste é contado a partir do momento de início da ingestão;
7. Amostra de sangue deverá ser coletada 2 horas após a ingestão da glicose anidra.

*** Em paciente com sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, perda de peso inexplicada) ou crise hiperglicêmica com glicose aleatória > 200 mg/dL.

**** A Hemoglobina Glicada (Hemoglobina A1c) foi adotada como critério diagnóstico do Diabetes Mellitus por publicação oficial da ADA em julho/2009, representando consenso entre ADA, IDF e European Association for the Study of Diabetes. O teste deverá ser realizado em laboratório que utilize método certificado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) e padronizado para o ensaio do estudo Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Em recente publicação (2011), a OMS adotou o uso da Hemoglobina A1c > 6,5% no diagnóstico do Diabetes Mellitus.

ATENÇÃO: Na ausência de hiperglicemia inequívoca, o diagnóstico do Diabetes Mellitus deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.

DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL

Compreende

- glicemia de jejum igual ou maior que 126 mg/dl e/ou
- glicemia duas horas após administração, igual ou maior que 140 mg/dl.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

O tratamento do paciente diabético tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que colocam o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, é proposto que medidas não-farmacológicas sejam implementadas em todos os pacientes, e tratamento farmacológico seja avaliado de acordo com alguns critérios, conforme se verá adiante.

MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

- Dieta de restrição calórica para os obesos e com sobrepeso;
- Atividade física;
- Retirada do açúcar.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Deve ser iniciado quando em duas ocasiões, apesar de introduzidas as medidas não farmacológicas, as dosagens de glicemia persistirem em níveis de controle considerado ruim.

Para o tratamento do diabetes mellitus foram estabelecidos, pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007), os hipoglicemiantes orais Glibenclamida comp. 05 mg e Metformina comp. 850 mg, além da insulina NPH e REGULAR disponibilizadas na rede sistematicamente.

Estimuladores da ação de insulina:

➤ **Glibenclamida** – estimula a secreção de insulina por meio de ligação a receptores pancreáticos específicos, desenvolvendo ação hipoglicemiante mais prolongada durante todo o dia. Os efeitos mais indesejáveis são a ocorrência de episódios de hipoglicemia (com a ocorrência de quadros graves e necessidade de internação em raras ocasiões) e ganho de peso.

➤ **Metformina** - aumenta a capacidade de ação de insulina nos tecidos, principalmente no fígado. A ação antihiperlipidêmica da metformina deve-se, especialmente, à diminuição da produção hepática de glicose. Associada as sulfoniluréias, determina um efeito hipoglicemiante aditivo. Não está relacionada a aumento de peso, podendo favorecer discreta redução de peso nos primeiros seis meses de tratamento. Os efeitos adversos mais frequentes são desconforto abdominal e diarreia, usualmente leves e transitórios. A utilização da metformina está contraindicada em pacientes com insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva, doença hepática crônica e se há abuso de álcool. Deve ser interrompida pelo menos 24 horas antes de procedimentos cirúrgicos ou administração de contraste iodado, pelo risco de comprometimento da função renal, uma vez que pode precipitar quadro de acidose láctica. Recomenda-se a reintrodução do fármaco na presença de função renal, hepática e quadro hemodinâmico normal.

➤ **Insulinas** - recomenda-se, de modo geral, que o complemento de tratamento com insulina se inicie pela aplicação de cerca de 0,2 U/kg, à noite, antes de dormir (8 a 9 horas antes de acordar). Deve-se monitorar e ajustar a insulina, tendo por base os valores glicêmicos em jejum, promovendo incrementos na dose até que se consiga manter o perfil glicêmico desejável sem o surgimento de hipoglicemia; nas situações em que os valores de jejum situam-se na faixa normal, mas os achados de glicemia nos outros períodos do dia estão acima do recomendado (antes do almoço, antes do

jantar, ao deitar), recomenda-se prescrever a segunda dose de insulina pela manhã (pode-se iniciar com 4 unidades e ajustar com 2 unidades a cada 3 dias, até o controle glicêmico adequado), mantendo os antidiabéticos orais; havendo persistência de teores elevados de HbA1c, com perfil de glicemia capilar de 8 pontos alterada, indica-se o esquema insulínico intensivo (NPH e REGULAR), com a manutenção dos antidiabéticos estimuladores (metformina). Em geral, recomenda-se a suspensão dos secretagogos (sulfoniluréias). Estas são recomendações gerais, que devem ser adaptadas de acordo com o estilo de vida do paciente e o padrão alimentício nas 24 horas.

ANEXO I: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE DIABETE (usuário não diagnosticado)

ANEXO II: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO COM DIABETE DIAGNOSTICADO.

ACOMPANHAMENTO

O centro de comunicação da atenção integral ao diabético é a rede básica (Unidades Básicas de Saúde tradicionais e as equipes de Saúde da Família), na qual deve ser estimulada a atenção de caráter multiprofissional, hierárquico e com forte ênfase nos aspectos da educação e da promoção de saúde. Estabelecido o diagnóstico, é a partir das consultas iniciais (médica e de enfermagem) que se agregam as outras atividades e orientações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados aos afetados por condições crônicas.

Apoio ao usuário

- Promover a inclusão de usuários e familiares em atividades comunitárias identificadas no território.
- Incluir nas atividades de Educação em Saúde estagiários ou residentes de Nutrição, Educação Física, Psicologia, etc.
- Oferecer ao usuário e sua família avaliação e apoio psicológico.
- Disponibilizar material educativo aos pacientes.
- Implementar/Programar consultas coletivas utilizando os grupos de autoajuda.

Ações Comuns à Equipe de Saúde:

- Tem por objetivo a promoção à saúde, através das ações educativas com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo;
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Participação em projetos de pesquisa;
- Gerenciamento do programa.

Recomenda-se ainda o estabelecimento de padrão definido de retorno às consultas médicas, de acordo com a classificação de risco cardiovascular, de duas vezes ao ano para os pacientes de risco baixo e médio, e de quatro vezes ao ano para os pacientes de risco alto e muito alto. As intervenções dos demais profissionais das equipes de saúde também devem seguir padrão preestabelecido, de acordo com as necessidades apontadas pelo quadro clínico e possibilidades das unidades de saúde.

Ações em grupo

São ações educativas e terapêuticas em saúde, desenvolvidas com grupos de diabéticos e seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais. A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo.

O diabético, nesse tipo de atividade, identifica-se com outras pessoas com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa, então, a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

Vigilância e monitoramento de informação

- Verificar a qualidade dos registros nos prontuários clínicos (claros e completos).
- Documentar todas as atividades desenvolvidas pelas ESF, ACS e Educação/ grupos;
- Elaborar relatórios e discutir resultados de cada equipe;
- Apoiar as supervisões e avaliar seus resultados.

Prevenção de complicações

- Dialogar e pactuar com o usuário em cada consulta suas metas terapêuticas;
- Garantir seu controle mensal: glicose capilar ou PA nas atividades de educação em saúde ou nas consultas médicas ou de enfermagem;
- Garantir o acesso a medicamentos e insumos e monitorar a adesão ao tratamento;
- Garantir a realização anual exames de urina (Creatinina/ Proteinúria) assim como perfil lipídico.
- Realizar Exame dos pés dos diabéticos nas consultas médicas ou de enfermagem;
- Encaminhar o usuário para consulta especializada quando necessário;
- Orientar e anotar no prontuário, em cada consulta, as mudanças de estilos de vida (alimentação e atividade física).

Critérios de encaminhamento para unidades de referência

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Insuficiência renal crônica (IRC)
- Suspeita de HA e diabetes secundários
- HA resistente ou grave
- HA e DM em gestantes, crianças e adolescentes.
- Edema agudo de pulmão prévio
- Complicações oculares
- Infarto agudo do miocárdio prévio
- Diabéticos de difícil controle
- Diabéticos para rastreamento de complicações crônicas (se isto não for possível na unidade básica).

UNIDADES DE REFERÊNCIA

1. Unidades Básicas de Saúde;
2. Hospitais de Referência Estadual;
3. Assistência Farmacêutica (retirada das insulinas pelo município).
4. Unidades de Pronto Atendimento-UPAs;
5. Laboratórios municipais e terceirizados/conveniados;

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

- Relatório Trimestral de Hipertensão e Diabetes;

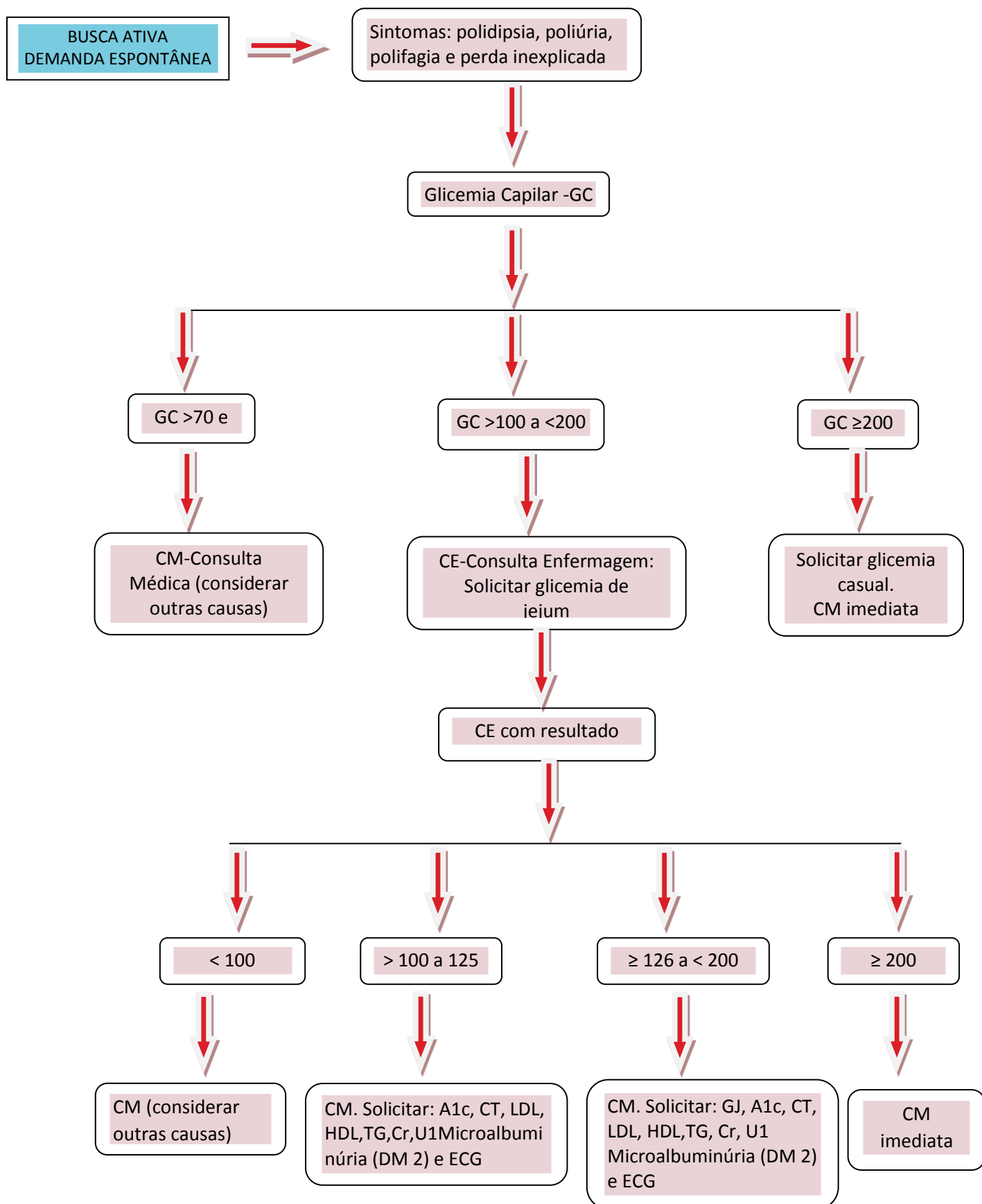
- Sistemas de Informação (SIM, SINAN, e-SUS/SIAB);

FLUXOGRAMA

Os fluxogramas abaixo descrevem as possibilidades de manejo do paciente com diabetes na atenção básica, antes do encaminhamento ao especialista. O objetivo a ser perseguido é manter, sempre que possível, o paciente devidamente controlado em acompanhamento na unidade básica. Ao diabético, esgotadas as possibilidades de controle, o paciente deve ser imediatamente encaminhado ao especialista. A demora no controle glicêmico leva a anormalidades metabólicas de graves consequências (retardo do crescimento, puberdade atrasada, lesões microvasculares irreversíveis) com danos orgânicos de alto nível social e humano.

ANEXO I:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE DIABETES (USUÁRIO NÃO DIAGNOSTICADO)





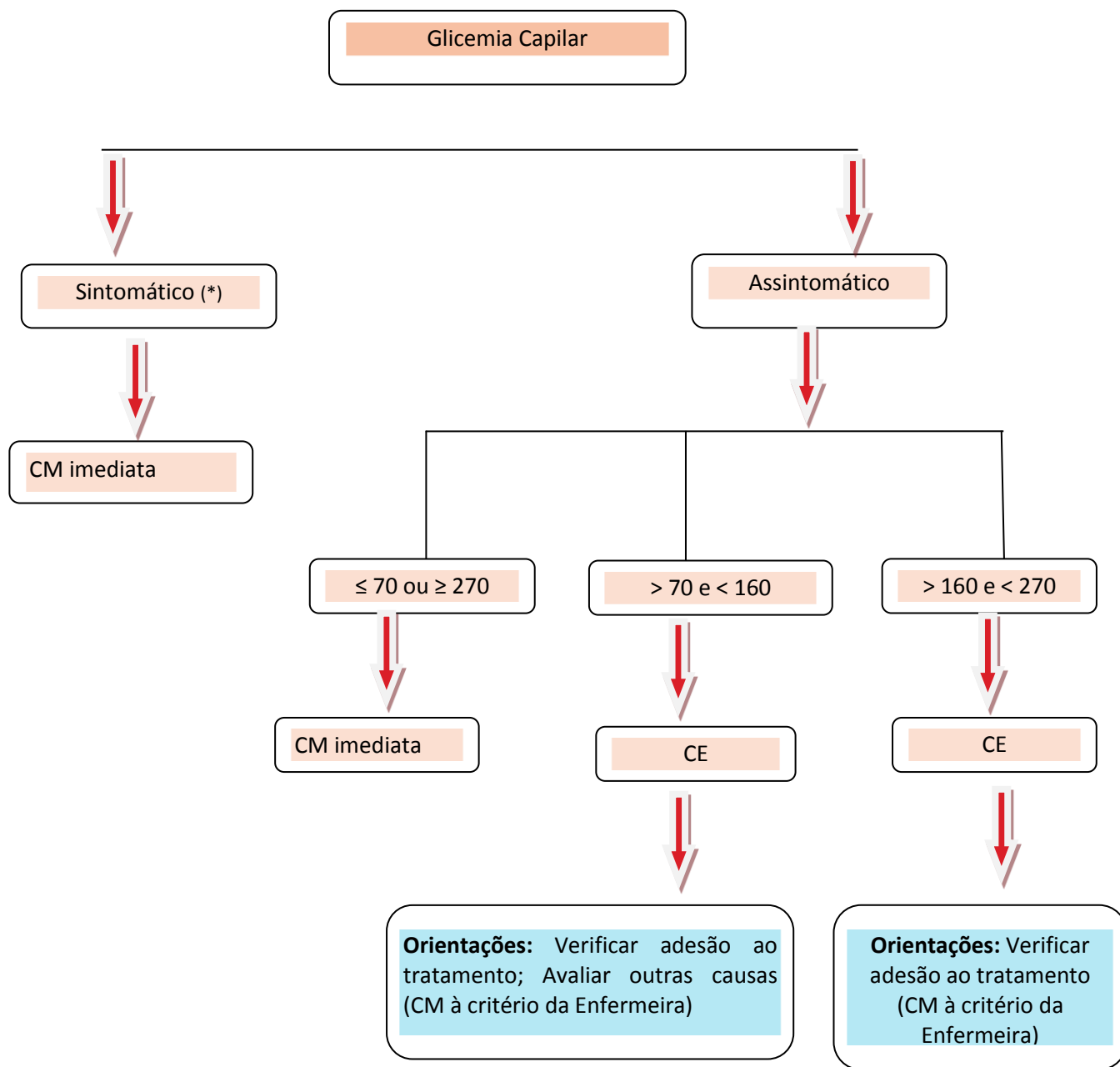
Consulta Médica com resultados de exames



Exames: **A1c:** Hemoglobina glicada, **Cr:** Creatinina, **CT:** Colesterol total, **GC:** Glicemia capilar, **GJ:** Glicemia de jejum, **TG:** Triglicerídeos, **U1:** Urina tipo 1

ANEXO II:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO COM DIABETE DIAGNOSTICADO



(*)**Hiperglicemia:** polidipsia, polifagia, poliúria, desidratação, vômitos, alteração do nível de consciência, visão turva, fadiga, náuseas, hiperventilação e dor abdominal.

Hipoglicemia: tontura, taquicardia, sudorese, alteração do nível de consciência, fraqueza, tremores, cefaléia, convulsão e coma.

Outros sintomas: considerar a possibilidade de lesão em órgão-alvo e outras patologias.

- Usuário compensado - Intercalar CM e CE a cada 90 dias;

- Usuário descompensado – intervalo de avaliação critério clínico com CM e CE intercalada.

Vale ressaltar, que o paciente diabético deve ser aconselhado quanto a:

- Abstinência do Fumo
- Nutrição: alimentação saudável
- Manutenção de peso/diâmetro da cintura
- Atividades físicas regulares
- Consulta médica: seguir protocolos de tratamento
- Vacinação anual contra influenza em adultos a partir de 60 anos.

CONTATO

DANT / DCNT-TO

(63) 3218 3205/3244 – E-mail: dant.tocantins@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus** – Protocolo – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde - **PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: PARTE I** – Promoção à Saúde; **PARTE II** – Protocolos de Atendimento às Intercorrências; **PARTE III** – Protocolos de Encaminhamento às Especialidades; **PARTE IV**– ANEXOS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: **Manual de Informações às Unidades Credenciadas: Sistema de Co-Pagamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 22 p.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo**/Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde - 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006. 167 p.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.232 p.

Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellito tipo 2 na Atenção Básica/Área Técnica de Saúde do Adulto - Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo. Autora: Márcia Maria Gomes Massironi, 108 p.

Portaria Conjunta nº 02, de 5 de março de 2002 - Implanta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/portaria_conjunta_02.php.

Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>.

Portaria nº 1169, de 15 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1169.htm>.

Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005 - Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na AB. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891AD361903553A3174%7D/%7BD8592FDB-3373-40BE-BCA6-7456E33BD798%7D/portaria_2084.pdf

Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.

Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 - Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.legisus.com.br/leiseatos/exibir.php?codigo=51>.

Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 - Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2336765.xml>.