

03 - O GASTO REAL COM MEDICAMENTOS PARA DIABETES E HIPERTENSÃO COMPARADO AO GASTO REGISTRADO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO HIPERDIA EM UMA PEQUENA CIDADE.

RENATA SILVA GUILHERME,
ROBSON CHACON CASTOLDI,
HENRIQUE IZAIAS MARCELO,
MARIA HELENA BORGATTO CAPPO BIANCO

Doi: 10.16887/92.a4.03

Resumo

Introdução: O impacto dos gastos com medicamentos no Brasil é compatível com o observado na maioria dos países em desenvolvimento, chegando a consumir até um terço dos recursos destinados à saúde. Na perspectiva de garantir os princípios constitucionais da universalidade, igualdade e integralidade das ações, o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza instrumentos que propiciam o uso racional de recursos, na oferta de medicamentos eficazes e seguros, bem como seu uso adequado.

Objetivo: Comparar o gasto real com medicamentos para diabetes e hipertensão de uma pequena cidade com o gasto registrado no sistema de informação do “Hiperdia”.

Métodos: Foram coletados dados de 11 diabéticos, 164 hipertensos e 65 diabéticos hipertensos, todos usuários do Sistema Único de Saúde (consultas médicas, medicamentos, exames e outros serviços oferecidos pelo sistema). Os métodos de coleta de dados utilizados neste estudo foram a busca no banco de dados de Medicamentos do Dispensário e o estudo do protocolo técnico utilizado pelos profissionais de saúde.

Resultados: Todos os itens apresentaram diferenças no gasto ideal segundo o Hiperdia, além disso, o gasto real apresentou variações em todos os medicamentos. De acordo com o gasto de medicamentos baseado no consumo, considerando que a posologia atingiu a dose máxima em todas as prescrições, notou-se que a quantidade de todos os itens ultrapassou a dose máxima recomendada nos protocolos. Além disso houve grande variação no consumo de itens a cada mês.

Conclusão: O gasto real com tratamento medicamentoso para diabéticos e hipertensos superou o gasto estabelecido pelo Hiperdia.

Palavras-chave: Diabetes; hipertensão; remédios; saúde; gastos.

The actual expenditure on diabetes and hypertension medicines compared to the expense recorded in the Hiperdia information system in a small town.

Abstract

Introduction: The impact of drug spending in Brazil is consistent with the observation in most developing countries, consuming up to a third of health resources. From the perspective of guaranteeing the constitutional principles of universality, its equality and integrality of actions, the Unified Health System (SUS) uses instruments that provide the rational use of resources, the offer of effective and safe resources, as well as their proper use.

Objective: To compare the actual cost of medicines for diabetes and hypertension in a small town with the expenditure recorded in the "Hiperdia" information system.

Methods: Data were collected from 11 diabetics, 164 hypertensive patients and 65 diabetic hypertensive, users of the Unified Health System. The data collection methods used in this study were obtained from the Drugs Database of the Dispensary and from the protocol of the technical protocol used by health professionals.

Results: All items showed differences in the ideal expenditure according to Hiperdia, in addition, the actual expenditure showed variations in all medications. According to consumption of medication based on consumption, considering that the dosage reached a maximum dose in all prescriptions, it was noted that the amount of all items exceeded the maximum dose recommended in the protocols. In addition, there was large consumption of items each month.

Conclusion: The actual expenditure on drug treatment for diabetics and hypertensive patients exceeded the expenditure established by Hiperdia.

Keywords: Diabetes; hypertension; medicines; health; spending.

Les dépenses actuelles en médicaments contre le diabète et l'hypertension par rapport aux dépenses enregistrées dans le système d'information Hiperdia dans une petite ville

Abstrait

Introduction: L'impact des dépenses en médicaments au Brésil est conforme à l'observation dans la plupart des pays en développement, consommant jusqu'à un tiers des ressources de santé. Dans la perspective de garantir les principes constitutionnels d'universalité, son égalité et l'intégralité des actions, le Système Unifié de Santé (SUS) utilise des instruments qui assurent l'utilisation rationnelle des ressources, l'offre de ressources efficaces et sûres, ainsi que leur bon usage.

Objectif: Comparer le coût actuel des médicaments contre le diabète et l'hypertension dans une petite ville avec les dépenses enregistrées dans le système d'information Hiperdia.

Méthodes: les autres médecins étaient des médicaments, les données de 11 diabétiques hypertendus et 65 diabétiques hypertendus, utilisateurs du système de santé unifié. Les méthodes de collecte de données utilisées dans cette étude ont été obtenues à partir de la Base de données des médicaments du Dispensaire et du protocole du protocole technique utilisé par les professionnels de la santé.

Résultats: Tous les items ont montré des différences dans les dépenses idéales

selon Hiperdia, de plus, les dépenses courantes ont montré des variations dans tous les médicaments. Selon la consommation de médicaments sur consommation, considérant que la posologie atteignait une dose maximale dans toutes les prescriptions, il a été constaté que la quantité de tous les articles dépassait la dose maximale recommandée dans les protocoles. De plus, il y avait une grande consommation d'articles chaque mois.

Conclusion: Les dépenses actuelles en traitement médicamenteux pour les diabétiques et les patients hypertendus ont dépassé les dépenses établies par Hiperdia.

Mots-clés: Diabète; hypertension; médicaments; santé; dépenses.

El gasto real en medicamentos para la diabetes y la hipertensión frente al gasto registrado en el sistema de información de Hiperdia en una localidad pequeña.

Resumen

Introducción: El impacto del gasto en medicamentos en Brasil es consistente con la observación en la mayoría de los países en desarrollo, consumiendo hasta un tercio de los recursos de salud. En la perspectiva de garantizar los principios constitucionales de universalidad, su igualdad e integralidad de las acciones, el Sistema Único de Salud (SUS) utiliza instrumentos que prevén el uso racional de los recursos, la oferta de recursos eficaces y seguros, así como su uso adecuado.

Objetivo: Comparar el costo actual de los medicamentos para diabetes e hipertensión en una localidad pequeña con el gasto registrado en el sistema de información "Hiperdia".

Métodos: Se recogieron datos de 11 diabéticos, 164 hipertensos y 65 diabéticos hipertensos, usuarios del Sistema Único de Salud. Los métodos de recolección de datos utilizados en este estudio fueron obtenidos de la Base de Datos de Medicamentos del Dispensario y del protocolo del protocolo técnico utilizado por los profesionales de la salud.

Resultados: Todos los ítems presentaron diferencias en el gasto ideal según Hiperdia, además, el gasto corriente presentó variaciones en todos los medicamentos. De acuerdo con el consumo de medicamentos sobre el consumo, considerando que la dosificación alcanzó una dosis máxima en todas las prescripciones, se observó que la cantidad de todos los artículos superó la dosis máxima recomendada en los protocolos. Además, hubo un gran consumo de artículos cada mes.

Conclusión: El gasto actual en tratamiento farmacológico de diabéticos e hipertensos superó el gasto establecido por Hiperdia.

Palabras clave: Diabetes; hipertensión; medicamentos; salud; gasto.

Introdução

O Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, vem passando por significativas mudanças econômicas e estruturais no campo das políticas públicas, particularmente relacionadas à saúde pública e, conseqüentemente, ao seu perfil gerencial, demográfico e epidemiológico. A República Federativa do Brasil está organizada em União, Distritos Federais, 26 estados e 5.564 municípios, que até a constituição de 1988 são todos entes federados autônomos.

De acordo com a mesma constituição, todas essas entidades autônomas formam, no caso da saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado para realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, obedecendo aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade do acesso aos programas e serviços.

A gestão do sistema é realizada por meio dos três níveis de governo municipal, estadual e federal, compartilhando as responsabilidades e financiamentos. Os serviços de saúde são geridos prioritariamente pelos municípios, que formam, com os serviços de gestão do estado e da união, uma rede regionalizada e hierarquizada (Vieira 2008).

Geralmente, a diminuição inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos populacionais mais jovens. Em indivíduos acima de 60 anos é evidente a prevalência de óbitos relacionados às doenças crônico-degenerativas. No Brasil, em 1990, mais da metade das mortes de idosos foram causadas por doenças cardiovasculares e 15% por neoplasias.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a morbidade mais comum na população adulta e é comum nos serviços de emergência no Brasil. A prevalência de hipertensão é geralmente superior a 25%, predominantemente no sexo masculino e representa cerca de 70% da população internada pelo SUS. Além de ser um importante fator de risco para doenças causadas por aterosclerose e trombose, acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico.

Juntamente com a hipertensão arterial, o diabetes mellitus tipo II (DMII) é uma das principais doenças de evolução crônica que acomete a população atual (Souza et al., 2003). No Brasil, a prevalência está entre 7 e 12% e vem aumentando exponencialmente.

A fisiopatologia da doença resulta em altas taxas de hospitalização, maiores necessidades de assistência médica e maiores incidências de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores. Pode-se prever o enorme ônus que essa situação representa para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, cuja grande maioria tem grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas (Sartorelli; Francisco, 2003).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi relacionar o número de pacientes cadastrados no programa de hipertensão e diabetes (Hiperdia) com os gastos com medicamentos na esfera do governo municipal para tratá-los, tendo como parâmetro o protocolo técnico utilizado pelos prescritores.

Subtítulo nível 1

No primeiro nível, o subtítulo é destacado em itálico.

Subtítulo nível 2

No segundo nível, o subtítulo é destacado apenas sublinhado. Não devem ser utilizados mais níveis além destes.

Métodos

Local do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo de dados selecionados e fornecidos pela Diretoria de Saúde de um município de pequeno porte. A busca de dados ocorreu no Dispensário Central de Medicamentos da Diretoria Municipal de Saúde de Herculândia.

Coleta de dados

Foram coletados dados de 11 diabéticos, 164 hipertensos e 65 diabéticos hipertensos, todos usuários do Sistema Único de Saúde (consultas médicas, medicamentos, exames e outros serviços oferecidos pelo sistema). Os métodos de coleta de dados utilizados neste estudo foram a busca no banco de dados de Medicamentos do Dispensário e o estudo do protocolo técnico utilizado pelos profissionais de saúde.

Variáveis do estudo

As seguintes variáveis foram investigadas; os tipos de medicamentos prescritos, a dose prescrita (dose diária mínima e máxima) e os gastos municipais com tratamento medicamentoso em relação ao indicado pela Portaria.

Análise dos dados

Após a obtenção dos dados, os resultados foram expressos em valores relativos e absolutos, de acordo com o gasto de cada medicamento no tratamento da hipertensão e diabetes mellitus II. Os dados são apresentados em tabelas e gráficos gerados nos programas Microsoft Excel 2007, Microsoft Word 2007.

Resultados:

De acordo com o protocolo técnico estabelecido pelo Ministério da Saúde, no município investigado, as recomendações para o tratamento do diabetes mellitus II e hipertensão, respectivamente, estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Tratamento de diabetes (ano - 2007).

DROGA	QUANTIDADE/ TABLETE	ALCANCE TERAPÊUTIC O (mg/dia)	QTD. DE TABLETE S POR DIA	PACIENTES DIABÉTICOS REGISTRADOS TABLETES/MÊS
GLIBENCLAMID A	5 MG	2.5 - 20MG	1/2 - 4	4890
METFORMINA	850 MG	850 - 1700MG	1 - 2	5625
INSULINA	100UI/ML			

Tabela 2 – Tratamento de hipertensão (ano - 2007).

DROGA	QUANTIDADE/ TABLETE	ALCANCE TERAPÊUTICO (mg/dia)	QTD. DE TABLETES POR DIA	PACIENTES QUE USARAM OS MEDICAMENTOS
CAPTOPRIL	25MG	75MG	2 - 3	63
HYDROCLOROTIAZIDA	25MG	12.5 - 50MG	1/2 - 2	60
METILDOPA	500MG	750 - 3000MG	1 e 1/2 - 6	-
PROPRANOLOL	40MG	80 - 320MG	2 - 8	16

Em 2007, 910 indivíduos foram cadastrados no Hiperdia, sendo os medicamentos utilizados nas unidades de saúde do município para tratamento de hipertensão e diabetes. Por meio da busca realizada no Dispensário Central de Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde do município, foi determinado o gasto ideal com medicamentos de acordo com o Hiperdia e o gasto real com medicamentos de acordo com o consumo, demonstrado nas Figuras 1 e 2.

Pode-se observar que além das despesas se desviarem do ideal, as despesas reais apresentaram variações para todos os itens. Assim, o medicamento Captopril representou a 4ª maior variação de gasto real, tendo valor mínimo de 15.177 comprimidos e máximo de 42.979 comprimidos (283,18% em relação ao valor mínimo) quando o valor ideal segundo dados do Hiperdia seria uma constante de 3.840 comprimidos (25,3% em relação ao valor mínimo). O medicamento Propranolol apresentou a menor variação no gasto real entre os medicamentos, tendo valor mínimo de 8.780 comprimidos e valor máximo de 11.976 (136,4% em relação ao valor mínimo) quando, segundo o Hiperdia, o dado ideal seria uma constante de 780 comprimidos (8,88% em relação ao valor mínimo).

O gasto com Hidroclorotiazida (HCT) representou a 2ª maior variação do gasto real entre os medicamentos, com valor mínimo de 8.006 comprimidos e máximo de 24.729 comprimidos (308,88% em relação ao valor mínimo) quando o valor ideal segundo dados do Hiperdia seria uma constante de 1.770 comprimidos (22,1% em relação ao valor mínimo). A alfa metildopa representou a 3ª maior variação de gasto real dos medicamentos avaliados, com valor mínimo de 896 comprimidos e máximo de 2.690 comprimidos (300,22% em relação ao valor mínimo), item não mencionado no gasto segundo o Hiperdia, pois foi excluído do protocolo e não aparece na lista.

O gasto com Glibenclamida representou a maior variação de gasto real entre os medicamentos, tendo valor mínimo de 3.573 comprimidos e máximo de 11.616 comprimidos (325,1% em relação ao valor mínimo) quando o valor ideal segundo dados do Hiperdia seria constante de 750 comprimidos (20,99 % em relação ao valor mínimo). Além disso, a Metformina representou a 5ª maior variação no gasto real entre os medicamentos, com valor mínimo de 4.134 comprimidos e valor máximo de 8.719 (210,9% em relação ao valor mínimo), quando o valor ideal segundo os dados do Hiperdia seria um constante 930 comprimidos (22,49% em relação ao valor mínimo) (Figuras 1 e 2).

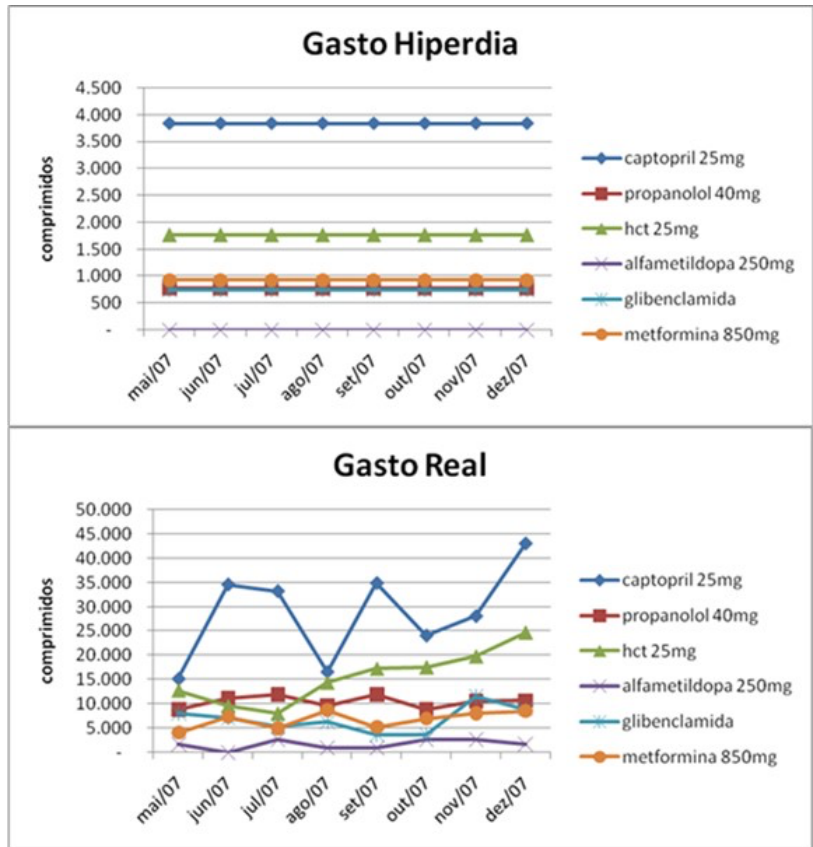


Figura 1 – Gastos Hiperdia e gastos reais

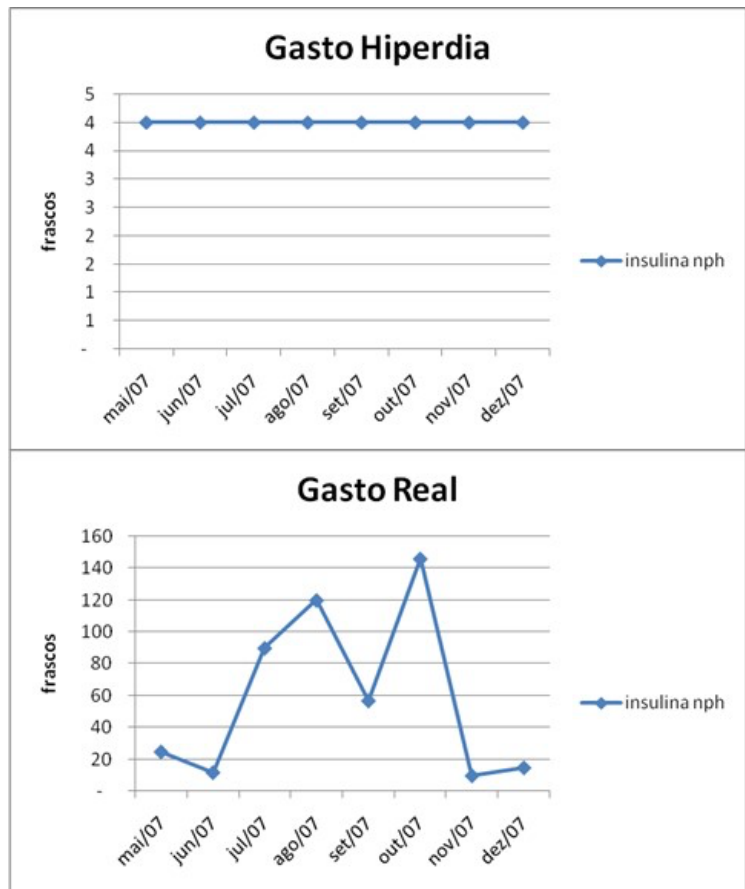


Figura 2 – Gastos Hiperdia com insulina e gastos reais com insulina.

Do orçamento total previsto pelo decreto - R\$ 3,65 propostos, dos quais R\$ 1,00 é do próprio município - R\$ 1,15 deve ser destinado ao tratamento de Hipertensão e Diabetes, e R\$ 0,90 à insulina, ou seja, R\$ 2,05 ou 56% da o total. Levando-se em conta a proporção dos gastos, a participação do município no tratamento da hipertensão e diabetes deve ficar em torno de R\$ 0,56.

Seguindo a mesma proporção de valores utilizada anteriormente, o gasto proporcional do município, segundo o Hiperdia, seria de R\$ 1.806,20, com os resultados do balanço e da população total do município em 2007 igual a 8.573 pessoas. A Tabela 3 demonstra o gasto real, o gasto previsto pelo decreto e o gasto ideal por habitante.

Table 3 – Declaração de gastos.

	VALOR POR ANO
GASTO ATUAL	R\$ 1.67
GASTO PREVISTO PELO DECRETO	R\$ 0.56
GASTO IDEAL PARA O HIPERDIA	R\$ 0.21

Discussão

Este estudo teve como objetivo verificar o gasto real e o estabelecido no sistema Hiperdia. Grandes variações foram observadas nos gastos reais com medicamentos estabelecidos em um município de pequeno porte, para o tratamento medicamentoso da HAS e DMII.

Diabetes mellitus é uma grande ameaça à saúde pública global que está crescendo rapidamente. O maior impacto é nos adultos em idade ativa nos países em desenvolvimento. Um mínimo de 171 milhões de indivíduos em todo o mundo têm diabetes. É provável que esse número chegue a 366 milhões até 2030 (OMS, 2006).

Segundo a Associação Brasileira de Diabetes (2003) e de acordo com os critérios adotados pela Organização Mundial da Saúde (2006), o DM tipo 2 "em geral, resulta em graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa na secreção de insulina"; agora é considerado parte da Síndrome Metabólica ou resistência à insulina que ocorre em 90% dos pacientes diabéticos.

As estratégias preconizadas pelo MS (2002) para a prevenção do diabetes e de outras doenças crônicas, como a hipertensão, estão relacionadas à mudança de hábitos e estilos de vida da população, tendo como metas a nutrição, a prática de exercícios e a redução de peso. Para tanto, sugere a promoção de hábitos alimentares saudáveis com o conhecimento da população sobre alimentação balanceada, manutenção adequada do peso e os benefícios da atividade física.

O MS (2002) relata que o sedentarismo, aliado à má alimentação e ao tabagismo, acarretam não apenas sofrimento pessoal, mas também significativo custo econômico para a sociedade, pois acarretam sequelas relacionadas à morbidade que causam. Quando aliado à alimentação adequada e à redução do consumo de álcool, o exercício físico leva à redução de peso, com diminuição da obesidade andróide, e traz o benefício adicional de prevenir o DMII.

De acordo com Bantle et al. (2002), a dieta recomendada para diabéticos deve levar em consideração sua individualidade, preferências, cultura e etnia, sendo o paciente envolvido no processo de elaboração do plano alimentar, cujo objetivo deve ser melhorar o tratamento da doença por meio de nutrição apropriada. Para Costa e Neto (2004), a dieta deve ser composta pelos mesmos elementos de uma dieta normal e balanceada, com calorias suficientes para repor o uso diário e nutrientes básicos para sustentar a vida.

Ramalho (2006) explica que, desde o século XVIII, o exercício tem sido preconizado como ferramenta benéfica no tratamento de pacientes com DMII, pois favorece o aumento da captação de glicose pelos tecidos periféricos, aumentando sua sensibilidade à insulina, e esse efeito pode persistir por 12 anos. horas ou mais após o término do exercício.

A HAS foi definida em 2003 pelo MS como PAS \leq 140mmHg e PAD \leq 90mmHg, valores válidos para adultos que não fazem uso de anti-hipertensivos (OMS/FAO, 2003). O MS admite que níveis ótimos de PA são: PAS \leq 80mmHg e PAD \leq 120mmHg, e que um adulto que não faça uso de anti-hipertensivos ou tenha comorbidades associadas é considerado normal quando PAS $<$ 130 mmHg e PAD $<$ 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139mmHg e PAD entre 85 e 89mmHg são considerados limítrofes (WHO/ISH, 2003).

O Ministério da Saúde - MS (2002), informa que as doenças dos vasos - infarto agudo do miocárdio (IAM), morte súbita, acidente vascular cerebral (AVC), edema agudo de pulmão e insuficiência renal crônica - são as principais causas de morte, respondendo por 27% de todos os casos.

A OMS e a Sociedade Internacional de Hipertensão (2003) relacionam a hipertensão arterial (PA) com alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares; em 1999 eles recomendaram que a pressão arterial sistólica (PAS) deve ser mantida abaixo de 160 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) abaixo de 90 mmHg, pois há evidências de que isso leva a uma redução no risco de doença. Tanto a OMS (2006) quanto a Sociedade Brasileira de Cardiologia admitem que a pressão arterial sistólica deve ser monitorada e mantida em níveis abaixo de 140 mmHg, e não mais de 160 mmHg.

A variação do gasto real pode estar relacionada à retirada do medicamento mais de uma vez por mês para o mesmo paciente, pois ocorrem flutuações clínicas, quando o paciente procura atendimento hospitalar, gerando uma nova prescrição e conseqüentemente um novo uso. A ausência de compreensão por parte do paciente do quadro clínico decorrente da não adesão à atividade física e alimentação adequada implica em maior demanda pelo medicamento (MINISTRO DA SAÚDE, 2002). Faltam projetos voltados ao esclarecimento de reabilitação psicológica, física e social, para portadores dessas doenças.

Para a gestão de medicamentos essa diferença de consumo compromete a projeção de aquisição, impactando na garantia da qualidade do tratamento medicamentoso. Nesse sentido, estabelecer os custos das diversas terapias medicamentosas pode contribuir para a melhoria da qualidade e eficácia dos programas de atenção à população.

Assim, este estudo contribui para a literatura ao verificar gastos com tratamento medicamentoso para DMII e HAS. No entanto, o estudo limitou-se a analisar o ônus de um município de pequeno porte, comparando os gastos no sistema Hiperdia com os gastos reais do município. Futuros estudos realizados

em cidades com maior população podem potencialmente contribuir para este estudo.

Pontos fortes e limitações do estudo

O estudo possui a limitação de conter dados já antigos. No entanto, estes podem colaborar com a literatura, visto que poderá somar resultados à futuros estudos do tema.

Conclusão

Conclui-se que o gasto real com tratamento medicamentoso para diabéticos e hipertensos superou o gasto estabelecido pelo Hiperdia.

Declaração de conflito de interesses

Não há nenhum conflito de interesses no presente estudo.

Referências

III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE DO DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 77, , 2001. 48p. Suplemento III.

IV DIRETRIZ PARA O USO DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL / II DIRETRIZ PARA O USO DA MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL IV MAPA II MRPA. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 86, sup. II, jul. 2006. 18 p.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 84, 2006. 48p.

ALMEIDA, B. et al. Intervenções na prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio?. Arq. Bras. Endocrinol., v. 49, p. 479-484, ago. 2005.

ARAÚJO, A. L. A. de, et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (Sup), p. 611-617, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003. 73 p.

BALESTRE, K.C.B.E. et al. Relato de um seguimento farmacoterapêutico de acientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 28, n. 2, p. 203-208, 2007.

Brunner & Suddarth. Histórico e tratamento de pacientes com Hipertensão. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 933-983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 897 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Hiperdia. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Brasília, 2002. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita: Relatório Final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série D. Reuniões e Conferências).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1, 2003. Brasília: DF. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, A. A.; NETO, J. S. de A. Manual de diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 203 p.

FERREIRA, S. R. G.; SAAD, M. J. A.; ZANELLA, M. T. Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. Arq. Brás. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 50, n. 2, 2006.

GALLEGO, M. R. Terapêutica oral da Diabetes tipo 2. Rev. Port. Clín. Geral, v. 21, p. 575-584, 2005.

GOLDENBERG, P. et al. Self-reported diabetes mellitus in the city of São Paulo: prevalence and inequality. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 37-45, jan. /mar. 1996.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 6, n. 1, p. 18-28, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000100004&lng=en&nrm=iso>.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq. Brás. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2002.

GROSSI, S. A. A. Educação para o controle do Diabetes mellitus. In: LOTUFO, P.A.; R. C.; PUPO, T. R. G. B. Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde - Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.or.br>>. Acesso em: 9 fev. 2003.

GRUPO DE ESTUDOS DO DIABETES NA COMUNIDADE NIPO-BRASILEIRA. Diabetes mellitus e doenças associadas em nipo-brasileiros. São Paulo, 2004. 133p.

ITO, C. et al. Report of the committee on the classification and diagnostic of diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice, v. 55, p. 65-85, mês 2002.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. de O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004.

MANO, R.. Dislipidemias. In: Manuais de cardiologia. Livro virtual. Ano 8. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/Dislipidemia/Lipid1_Page520.htm>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HIPERDIA: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>.

OLIVEIRA, J. E. P. Conceitos, classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7-18.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do Diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. Ciênc. cuid. saúde, v. 5, n. 1, p. 41-49, jan. 2006. ISSN 1677-3861.

SEMINÁRIO POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1, 2008, São Paulo. Buscando uma política de medicamentos para o Brasil. São Paulo: Febráfarma, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes programme. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION. The scientific basis for diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension, v. 21, p. 1983, 1992.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health, v. 24, n. 2, 2008.