



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**PROGRAMA HIPERDIA NA LONGITUDINALIDADE DE CASO COMPLEXO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

WESLEY MELETI DOS SANTOS

Foz do Iguaçu

2024

**PROGRAMA HIPERDIA NA LONGITUDINALIDADE DE CASO COMPLEXO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

WESLEY MELETI DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2024

WESLEY MELETI DOS SANTOS

**PROGRAMA HIPERDIA NA LONGITUDINALIDADE DE CASO COMPLEXO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes
(UNILA)

Profa. Dra. Maria Claudia Gross
(UNILA)

Profa. Me. Marcia Lima de Oliveira Mugnaini
(UNILA)

Foz do Iguaçu, 25 de março de 2024.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no enfrentamento das doenças crônicas, entre elas, vale ressaltar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo II que apresentam dados epidemiológicos que justificam a necessidade de ações e políticas públicas para o adequado controle e tratamento como preconiza o programa Hiperdia e que fortalece um dos atributos essenciais da APS que é a Longitudinalidade. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de uma das pacientes do programa Hiperdia com foco nas condutas e cuidados apropriados considerando as portarias e o que é preconizado pela literatura médica relacionada ao diagnóstico, tratamento e cuidados necessários para a condição. O estudo foi construído com base nas experiências do internato médico em APS e revisão da literatura. O olhar crítico de comparar o que há de melhor evidência para o manejo e paralelamente o que foi observado dentro das possibilidades do cotidiano das equipes de saúde da família, referente ao caso apresentado, possibilita algumas reflexões a fim de contribuir para um melhor planejamento e organização da APS visando alcançar a resolutividade esperada nos casos de HAS e DM que requerem maior cuidado.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Hiperdia.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel crucial en el manejo de las enfermedades crónicas, entre las cuales destacan la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Diabetes Mellitus (DM) tipo II, que presentan datos epidemiológicos que justifican la necesidad de acciones y políticas públicas para un control y tratamiento adecuados, como lo preconiza el programa Hiperdia, fortaleciendo así uno de los atributos esenciales de la APS que es la Longitudinalidad. El objetivo de este trabajo es relatar el caso de una de las pacientes del programa Hiperdia, centrándose en las conductas y cuidados apropiados considerando las normativas y lo preconizado por la literatura médica relacionada con el diagnóstico, tratamiento y cuidados necesarios para la condición. El estudio se construyó sobre la base de las experiencias del internado médico en APS y la revisión de la literatura. La mirada crítica de comparar la mejor evidencia para la gestión y, paralelamente, lo observado dentro de las posibilidades cotidianas de los equipos de salud familiar, en relación con el caso presentado, permite algunas reflexiones para contribuir a una mejor planificación y organización de la APS con el fin de lograr la resolución esperada en los casos de HAS y DM que requieren mayor atención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Hipertensión Arterial Sistémica; Diabetes Mellitus; Hiperdia.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in addressing chronic diseases, among which it is worth highlighting Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Type II Diabetes Mellitus (DM), which present epidemiological data justifying the need for public actions and policies for adequate control and treatment, as advocated by the Hiperdia program and which strengthens one of the essential attributes of PHC, which is Longitudinality. The aim of this work is to report the case of one of the patients from the Hiperdia program, focusing on appropriate conduct and care considering the regulations and what is recommended by the medical literature related to diagnosis, treatment, and necessary care for the condition. The study was built based on experiences from medical internship in PHC and literature review. The critical view of comparing the best evidence for management and, simultaneously, what was observed within the possibilities of the daily routines of family health teams, regarding the presented case, allows for some reflections to contribute to better planning and organization of PHC aiming to achieve the expected resolution in cases of SAH and DM that require greater care.

Keywords: Primary Health Care; Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Hiperdia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 RELATO DE CASO.....	10
3 DISCUSSÃO	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção primária em saúde (APS) desempenha um papel crucial na abordagem dos principais desafios de saúde da população. As equipes de saúde, com áreas de atuação definidas, têm como objetivo resolver abrangentemente os problemas de saúde mais frequentes, em colaboração com outros pontos de assistência da rede. Os mecanismos de coordenação têm como finalidade facilitar a integração entre os profissionais de saúde e os serviços, proporcionando assistência contínua, duradoura e completa, características fundamentais que definem o cuidado longitudinal (RABELO et al., 2020).

Esse tipo de cuidado, constitui na realidade um atributo da APS, isto é, a longitudinalidade. Ela contribui para a efetivação de um cuidado integral em saúde, permite uma relação duradoura entre o usuário e o profissional de saúde, englobando três dimensões essenciais: informação, continuidade e relacionamento interpessoal. Compreendida como o acompanhamento dos problemas de saúde do usuário ao longo do tempo pela mesma equipe, sendo característica da atenção primária e exigindo uma relação orientada para a saúde das pessoas. Está caracterizada por responsabilidade e confiança com a preocupação de estabelecer-se uma relação terapêutica. Portanto, a longitudinalidade não pode ser definida apenas por continuidade do cuidado, pois esse conceito, não necessariamente inclui essas características; o usuário pode ser atendido por outra equipe, que o acompanha devido a problemas de saúde específicos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A continuidade interpessoal e a longitudinalidade estão intrinsecamente ligadas ao estabelecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, sendo este o elemento primordial para assegurar o cuidado abrangente, incluindo casos de usuários com doenças crônicas e complexas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus tipo II (DM2). A organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde nessas condições deverá ser multidisciplinar, garantindo o acesso e o cuidado longitudinal (RABELO et al., 2020; SBD, 2023; OLIVEIRA et al., 2023).

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II são doenças crônicas que predispõem a eventos cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), e apresentam dados epidemiológicos que justificam a necessidade de ações e políticas públicas para

apropriada atenção em saúde e gastos públicos. A abordagem da atenção primária em saúde aos pacientes com essas condições crônicas deve ser multiprofissional considerando o contexto global de saúde e condição de vida do usuário. O programa Hiperdia preconiza, com base legal, o acompanhamento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos. Assim, é feito o cuidado especial com controle e compensação do quadro (BRASIL, 2020).

No Brasil as políticas públicas para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) iniciaram na década de 1980, todavia apesar de diversas políticas públicas terem sido instauradas, ainda é difícil o diagnóstico precoce, tratamento e controle da HAS na atenção primária à saúde, sendo a criação de estratégias específicas para cada local (BARRETO et al., 2013).

Em 2002, foi aprovado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, conhecido como HIPERDIA. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus em consonância à Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, estabeleceu a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ademais, para a ambas doenças foi feito o chamado Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM). Este plano tem o majoritário objetivo de tratamento e acompanhamento dos usuários das unidades básicas de saúde (UBS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002; PAULA et al., 2011; FERNANDEZ et al., 2016;).

A Portaria n.371/GM, de 04 de março de 2002, instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Este objetivou implantar o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes, ofertar de maneira contínua os medicamentos para hipertensão e diabetes definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para estas doenças (BRASIL, 2002).

Em 2020, foi publicado a portaria referente ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no SUS, considerando a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada das pessoas com diabetes no SUS (BRASIL, 2020). Essa linha de cuidado do Ministério da Saúde

direcionada para a equipe de atenção primária à saúde, é organizada e apoiada pela gestão municipal e também estadual (SBD, 2023).

Atualmente, registra-se os hipertensos e diabéticos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) no prontuário de registro virtual, em seguida essas informações são exportadas para o e-SUS e para o SISAB/e-Gestor. Para o monitoramento, estratégias como o PlanificaSUS, constitui um modo de educação permanente que busca consolidar a operacionalização plena da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da implantação metodológica da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (PARANÁ, 2022).

Em muitas Unidades Básica de Saúde (UBS), a atenção no programa Hiperdia envolve orientações nutricionais, consulta psicológica e assistência social quando necessárias. Ademais, a consulta médica propriamente dita envolve desde cuidados em saúde quanto o manejo das medicações, idealmente em consonância as mais recentes e atualizadas diretrizes e protocolos. Portanto, o presente trabalho objetiva descrever o caso de uma usuária acompanhada no programa Hiperdia de uma UBS em município de médio porte do estado do Paraná. Relata-se os fatores de risco e proteção bem como a conduta e cuidados da paciente no programa. Retrata-se como pode-se proceder em casos complexos na perspectiva da atenção primária em saúde e considerando a atributo longitudinalidade.

2 RELATO DE CASO

O caso trata-se de uma usuária nascida em 02/07/1962 (61 anos), declara-se como branca, é casada e aposentada. Tem segundo grau incompleto, é evangélica (religião adventista da Promessa), natural do Rio Grande do Sul e atualmente reside em Foz do Iguaçu-PR. Quanto a ocupação, além de ser aposentada, trabalha num salão de beleza e é cuidadora voluntária de uma idosa esporadicamente. Reside com esposo e uma filha.

Relata que teve o primeiro pico hipertensivo constatado e aferido em 2002, nesta ocasião a Pressão Arterial (PA) dela era de 220/140mmHg e glicemia em jejum de 220 mg/dl, isso medido em consulta de rotina, conforme relatado pela paciente. Há alguns meses passou a apresentar parestesia em membros inferiores, dificuldade para perder peso, falta de ar aos esforços moderados e episódios esporádicos de cervicalgia. Diagnosticada com Diabetes Mellitus há cerca de 8 anos, só começou a ser acompanhada no programa Hiperdia pela equipe há um ano (no ano de 2022), com tentativas frustradas de adequação de dieta e estilo de vida.

Conforme o prontuário eletrônico, há quatro registros de atendimento à usuária pela equipe no mês atual. São consultas para solicitação de citopatológico e mamografia e três consultas para controle pressórico. No mês anterior, foram realizadas ao total oito consultas, sendo uma com dentista, duas para controle pressórico, uma com médico devido à pico hipertensivo, uma com especialista cardiologista e no início do mês com o médico da equipe responsável pelo Hiperdia. Nesta ocasião, além de remanejamento das medicações, o profissional solicitou avaliação pelo psicólogo, fez pedido de Raio-x de tórax e eletrocardiograma (ECG) de rotina. Antes de passar pela consulta médica ela participou pela primeira vez, com todo o grupo, do Hiperdia.

Quanto ao histórico de seus familiares, ela relata que seu pai teve diagnóstico de câncer de pele com necessidade de intervenção cirúrgica nos braços. O mesmo encontra-se bem, em remissão e acompanhamento médico para assistência de hiperplasia prostática benigna. A mãe da senhora teve um tumor inguinal e câncer com metástase, faleceu com 54 anos e era diabética e hipertensa. A paciente possui quatro irmãos e três irmãs, sendo uma falecida recentemente. Essa irmã, faleceu em junho de 2022 devido a um câncer de intestino, recebeu intervenção cirúrgica, sofreu

reincidência e conseqüente acometimento de boca e fígado. Um outro irmão, do sexo masculino tem câncer de pele e apresenta deformações faciais decorrente. Operou recentemente para correções plásticas.

A paciente ainda relata que recorda que a avó era diabética, sendo diagnosticada ao final da vida. Lembra da imagem vívida da avó engatinhando em decorrência da artropatia e cegueira. Ambas moravam na área rural e não havia condições e conhecimento para o autocuidado da situação. A avó recebeu o diagnóstico no antigo Hospital São Vicente de Paulo, hoje o prédio abriga a Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu - PR. Por fim, ainda descreve que seu marido faz acompanhamento médico devido a neoplasia maligna intestinal diagnosticada há mais de 25 anos. Possui cinco filhos vivos e um filho falecido. A filha de 22 anos tem cefaleia diariamente, outra filha teve câncer de útero e realizou histerectomia. A mesma atualmente está em tratamento para depressão. Um dos netos lhe preocupa pelo quadro de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade desde os dois anos. Ele, hoje com treze anos, apresenta episódios de surtos sendo internado em várias ocasiões. Ao questionarmos dados relacionados aos hábitos e condições de saúde, ela nega tabagismo ou etilismo. Relata não praticar atividade física; acorda às 10:00h, dorme às 23:00h, geralmente. Sua alimentação habitual consiste de: Café da manhã (10:00h): 1 Banana ou às vezes não come nada; + café preto com adoçante (raramente leite). Almoço: Salada (variada) + carne (3 coxinhas de frango/3 pedaços bovina/peixe ao molho ou frita / quase todo dia) + quiabo e batata doce ou abóbora cabotiá + suco artificial (zero açúcar) com adoçante adocyl (sacarina). Lanche da tarde: 17:00h, 1 copo de café ou suco, + 2 a 3 bolachas salgadas (última refeição do dia). Jantar: não come nada; às vezes come uma laranja ou mamão. Evacuação: uma vez ao dia, sem dor. Ingestão de água: 1,5 litro por dia; Refere calendário vacinal atualizado de acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI).

Durante a avaliação e coleta destes dados, a usuária comenta sua perspectiva e entendimento sobre os hábitos de vida: **“...A minha saúde sempre foi boa, sempre cuidei com autocontrole e cuidado das emoções...”**

Conversado sobre seu local de moradia ela alegou que é tranquilo e em boas condições. A rua é asfaltada, há rede de esgoto, água tratada, acesso a energia elétrica, internet e fácil acesso para veículos.

Ao exame físico geral, seus sinais vitais eram de: PA: 140/80 mmHg, Glicemia

capilar: 205 mg/dL (pós prandial), Saturação de oxigênio (SpO₂): 97, Frequência cardíaca (BPM): 78, Frequência respiratória (IRPM): 19, Peso: 70,15 Kg, Altura: 1,56m e índice de massa corporal (IMC): 28,64 kg/m² (sobrepeso).

À ectoscopia apresentava-se em bom estado geral, hidratada, hipocorada ++/4+, anictérica, eupnéica, afebril e acianótica. Face e couro cabeludo atípicos, isso é, indiferente ou sem achados patológicos couro cabeludo. Cadeia de linfonodos retroauriculares, submandibulares e cervicais palpáveis sem achados atípicos.

Exame físico neurológico: localizada no tempo, espaço e pessoa. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, reflexos preservados. Força muscular, sensibilidade e equilíbrio preservados. Tireoide de aparente tamanho regular, sem nódulo palpável. Pele seca, áspera e espessa em membros inferiores. Elasticidade diminuída, de turgor normal e sensibilidade reduzida. Oroscoopia: Sem sinais de hiperemia, hipertrofia tonsilar ou placas bacterianas. Otoscopia: Membrana timpânica preservada, ausência de sinais de otite; Meato auditivo externo permeável, membrana timpânica com luminosidade preservada, sem abaulamento bilateralmente. O exame cardiovascular evidenciou BRNF em 2T, sem sopros; Pulsos periféricos presentes, cheios e simétricos, TEC < 2 seg. Pressão arterial de 140/80 mmHg. Na ausculta pulmonar apresentou murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Já o abdômen era depressível, simétrico, com ruídos hidroaéreos presentes normativo e peristaltismo presente. Ausência de cicatrizes ou visceromegalias aparentescirculação colateral ou hérnias, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.

Quanto aos membros inferiores: sem edemas ou varizes. Pele e fâneros com distribuição heterogênea/ rarefeita. Articulações de forma, volume e posições habituais, indolores à mobilização passiva e ativa. Ausência de crepitações, estalos, sinais flogísticos, fístulas, nódulos ou irregularidade.

A Média Residencial de Pressão Arterial (MRPA) de sete dias foi no período da manhã 134/78 mm/Hg e a tarde 129/75 mmHg. Já a média de glicemia capilar em jejum foi de 186. O Neuropad - Teste Adesivo para detectar Neuropatia Diabética, foi aplicado ao final de uma das reuniões do Hiperdia e antes da consulta médica, apresentando-se alterado bilateralmente, com atenção para o risco de pé diabético. O teste é um método eficaz de baixo custo para indicar risco para o pé diabético (QUATTRINI *et al.*, 2008).

Apesar do exame não ser disponibilizado na APS, existe suporte na literatura para o uso dessa ferramenta e o médico preceptor se prontificou a providenciar um teste no intuito de poder avaliar com maior propriedade o risco relacionado à complicação crônica de ulceração (Figura 1). O adesivo de cor branca, modifica-se para a cor azul quando há menor transpiração após minutos da aplicação. Infere-se assim maior risco de ulcerações por comprometimento da nutrição arterial do tecido avaliado.

Figura 1 - Exame neuropad aplicada em região plantar do antepé esquerdo da paciente após o encontro do hiperdia.



Fonte: AUTORIA PRÓPRIA, 2023.

3 DISCUSSÃO

Juntamente com outros pacientes, a usuária, foi acolhida e entregou seus exames, receitas e demais documentos relevantes ou dos quais queria mostrar para o médico. Após o acolhimento, escuta inicial e das informações neste trabalho relatadas, ela seguiu para uma reunião aberta realizada juntamente à nutricionista. Nesses encontros pode-se além de acessar conhecimento, falar abertamente sobre suas dúvidas gerais. Assim, o usuário passa a ser sujeito ativo e protagonista do cuidado, pois passa a entender os motivos e necessidades das ações em saúde preconizadas, aderindo melhor ao tratamento (SERPA et al., 2018).

Um trabalho brasileiro, os autores apontaram um incremento das prevalências de hipertensão arterial nos períodos de final dos anos noventa até 2008, destacando a associação com baixos níveis de escolaridade e mulheres de baixa renda (LOBO et al., 2017).

Esse dado é importante na medida em que conhecer o público alvo pela maior vulnerabilidade, torna as ações em saúde mais efetivas. O olhar e prioridade para esta paciente do relato, deve ser diferente de um usuário homem, jovem, sem comorbidade alguma e de alto nível escolar e de renda.

Nesta reunião, além da entrega do material educativo foi levantado informações acerca de alimentos com alta densidade nutricional e motivos para restringir consumo de alimentos ultraprocessados. Explanado também sobre higiene do sono, manejo do estresse e orientações gerais quanto à prática de atividade física. A percepção é que a reunião permite autonomia do cuidado na medida em que os cidadãos falam abertamente sobre suas próprias dúvidas em relação ao uso das diferentes classes medicamentosas, alimentos adequados para diabéticos, aferição correta da pressão arterial entre outras dúvidas recorrentes.

A paciente atualmente faz uso de Losartana 50 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Atenolol 25mg. Também de Metformina 850mg, Glibenclamida 5mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg, Carbonato de Cálcio 500mg e Colecalciferol 400 UI.

Com relação ao manejo da hipertensão arterial sistêmica, a monoterapia farmacológica estabelecida sempre é pela escolha de um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueador dos receptores de angiotensina (BRA). A terapia combinada de um IECA ou BRA com droga de outra classe como os diuréticos; β -bloqueadores adrenérgicos; bloqueadores do canal de cálcio; ou vasodilatadores ocorre quando o paciente mesmo em uso regular tem níveis acima do alvo terapêutico (BASILE; BLOCH et al., 2022).

Considerando que a usuária apresenta histórico familiar, dados laboratoriais que ratificaram o diagnóstico e está em tratamento farmacológico, o acompanhamento exige além da estratificação de risco (sendo o dela alto) a aferição de pressão arterial em intervalos regulares para assistência da HAS. Manter a PA controlada para o diabético o protege quanto à integridade renal, diminui o risco de Acidente Vascular Encefálico e de hipertrofia ventricular esquerda. As evidências indicam que a manutenção de valores pressóricos inferiores a 130-139 mmHg, protege contra complicações. Assim, a meta recomendada em diabéticos é menor que 130/80 mmHg (BARROSO et al., 2020).

A primeira terapêutica administrada para a paciente conforme prontuário foi de: Atenolol 50 mg associado à Anlodipino 5 mg, ou seja, um betabloqueador com um bloqueador do canal de cálcio. Conforme não houve redução para normotensão, foi manejado pelo médico preceptor para os medicamentos atuais descritos inicialmente, ou seja: bloqueador receptor de angiotensina em dose otimizada, um diurético que está em 25 mg em dose diária única e betabloqueador também em dose otimizada.

Cabe ressaltar que há boas evidências acerca do benefício no controle glicêmico produzido pelos BRA. A telmisartana, mais especificamente, ativa o receptor PPAR- γ , e sensibiliza a insulina melhorando assim metabolismo da glicose. A losartana, a candesartana e a valsartana mostra-se com potencial de diminuir a incidência de casos de diabetes (BARROSO et al., 2022).

Os últimos registros de controle pressórico da usuária evidenciam níveis sistólicos de 160 mmHg, 150 mmHg e 140 mmHg o que ainda demonstra que não há controle da patologia. A única medicação neste esquema que pode ser otimizada é a Hidroclorotiazida 25mg, dose diária única ao invés de 50 mg, dose única. Na realidade, essa mudança ainda pode não permitir controle sendo necessária a associação de uma quarta medicação, a espironolactona seria a escolha. A pressão

diastólica deve ser reduzida com cautela até 70 mmHg, considerando que se trata de uma paciente diabética e idosa (BARROSO et al., 2020).

Durante o encontro no programa Hiperdia pode-se entregar a usuária folha de anotação da MRPA e orientá-la como realizar a aferição e registro dos valores sistólico e diastólico. No que se refere ao manejo da diabetes, um parâmetro laboratorial de acompanhamento importante é a hemoglobina glicada (HbA1c) que para adultos, objetiva-se uma meta entre 6,5 a 7,0% (SBD, 2023). A paciente possui uma última hemoglobina glicada dosada há cerca de 2 meses igual a 10,4%.

A paciente está medicada com uma biguanida, a Metformina desde 2020, porém sem a dosagem de vitamina B12 que conforme diretrizes, deve ser avaliada anualmente após 4 anos de início da medicação, devido ao risco de deficiência (SBD, 2023).

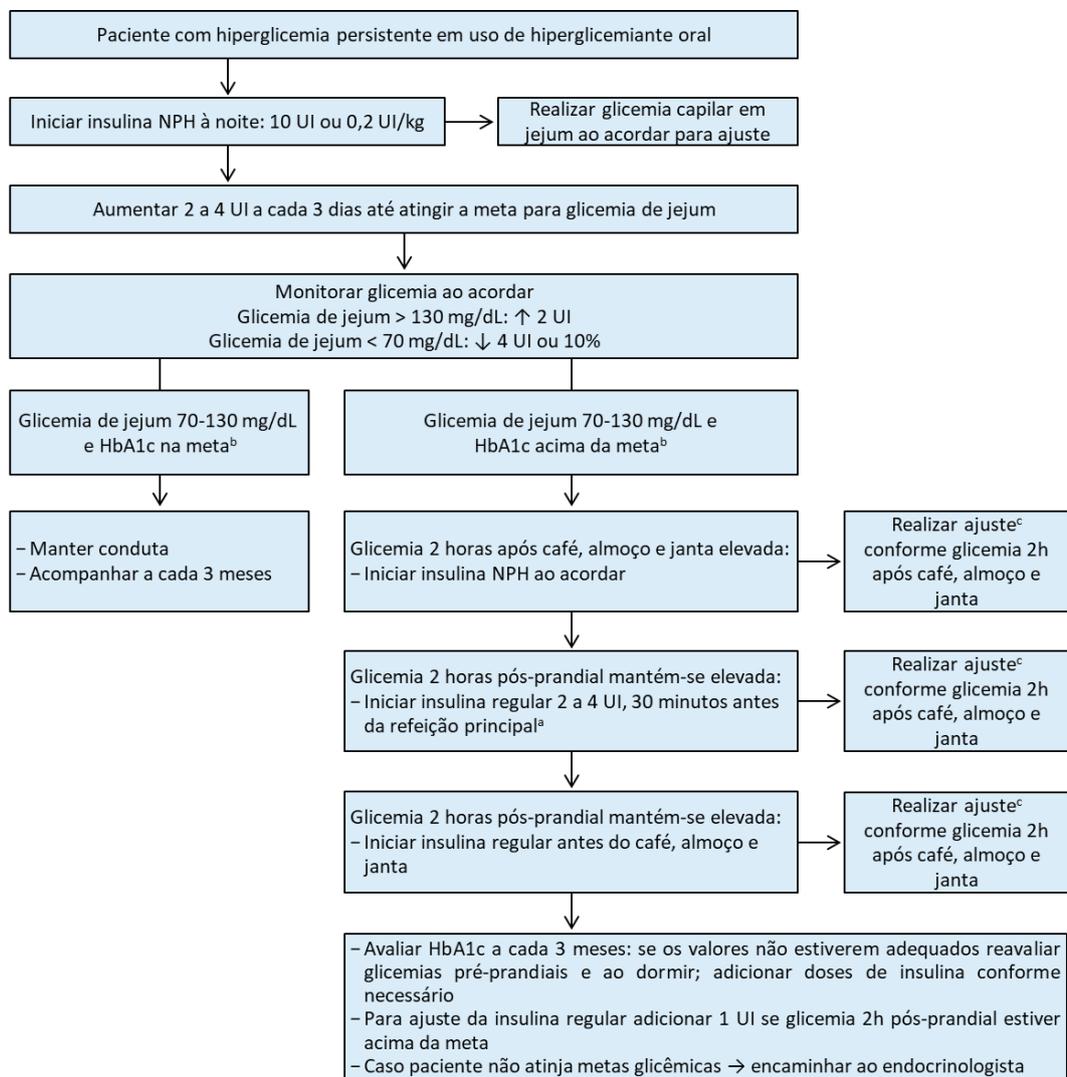
Enquanto a Metformina é um redutor da produção hepática de glicose e sensibilizador de insulina, a glibenclamida prescrita em associação é uma sulfonilureia que estimula a secreção de insulina pelas células beta pancreáticas e tem como efeito adverso o ganho de peso. Conforme essa descompensação e falhas num cuidado mais próximo, há que se atentar que é nível de evidência C a recomendação de iniciar terapia à base de insulina para melhorar o controle glicêmico, mesmo que de forma transitória, visto que se trata de uma usuária sintomática e que apresentem HbA1c > 9% ou glicemia de jejum \geq 250 mg/dl (SBD, 2023).

No que diz respeito às opções medicamentosas disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as barreiras enfrentadas pela paciente para acessar outras categorias de fármacos, atualmente está à disposição a dapagliflozina. Conforme estabelecido na Relação Nacional de Medicamentos de 2020 (RENAME), por meio da Portaria nº 70, datada de 11 de dezembro de 2018, este medicamento, pertencente à classe dos inibidores de SGLT2, é disponibilizado na dose de 10mg/dia.

Em julho de 2022, a dapagliflozina foi incorporada ao SUS para o tratamento complementar de pacientes adultos que sofrem de insuficiência cardíaca, possuindo fração de ejeção reduzida e sintomas recorrentes. Em setembro de 2022, foi aprovada a disponibilização final da dapagliflozina para adultos maiores de 18 anos que possuam qualquer etiologia de doença renal crônica (DRC), com uma taxa de filtração glomerular (TFG) situada entre 25 e 75 ml/min e uma concentração de albuminúria na urina de 24 horas superior a 200 mg/g, ou na urina de amostra isolada também acima

de 200 mg/g. Essa opção para a paciente seria útil, principalmente antes do avanço da condição, pois conforme discutido seus parâmetros laboratoriais indicam maior resistência a insulina e persistência da hiperglicemia, sendo, portanto, indicado início da insulinoterapia. Abaixo, o algoritmo conforme as diretrizes terapêuticas do SUS indicando como poderia ser realizado a introdução de insulina em pacientes como a deste caso.

Figura 2 - Fluxograma para uso de insulina em paciente com DM2 com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT DM2) do SUS.



- a) Refeição principal geralmente se refere ao almoço no nosso contexto, devendo ser conferido com o paciente o padrão alimentar
- b) Meta glicêmica para HbA1c: $\leq 7\%$
- c) O ajuste de dose deve ser feito pelo médico. O médico deverá instruir o paciente a registrar a glicemia capilar no domicílio, de forma adequada.

Fonte: SBD, 2023.

A Atenção Primária em Saúde é o nível de atenção para o enfrentamento das condições crônicas, e quando efetiva evita as complicações e agravos de doenças controláveis reduzindo assim o encaminhamento para aos níveis de atenção secundário e terciário, economizando recursos e beneficiando os pacientes. É porta de entrada para acesso aos serviços de saúde e programas estratégicos como o próprio Hiperdia, que é uma iniciativa brasileira voltada para o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial e diabetes. Desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o Hiperdia desempenha um papel crucial no monitoramento e controle dessas doenças crônicas. Através desse programa, os profissionais de saúde conseguem registrar informações importantes, como a pressão arterial e níveis de glicose, permitindo um acompanhamento regular da evolução do quadro clínico dos pacientes (STARFIELD, 2002; MELO, 2013; OLIVEIRA, 2023).

A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel crucial no enfrentamento das doenças crônicas, e um dos pilares para o sucesso dessa abordagem é a Longitudinalidade. Ao oferecer um acompanhamento contínuo e personalizado, programas como o Hiperdia não apenas controlam as condições de saúde, mas também atuam na prevenção de complicações, reduzindo a necessidade de encaminhamento para níveis de atenção secundário e terciário. Essa estratégia não só otimiza a alocação de recursos, mas também promove a saúde de forma abrangente, destacando a importância de uma APS forte e efetiva na gestão das doenças crônicas e promotora de saúde.

A Longitudinalidade é um atributo essencial nesse nível de atenção, especialmente no contexto do programa Hiperdia. A capacidade de seguir a trajetória de um paciente ao longo do tempo proporciona condições para que os profissionais de saúde consigam estabelecer uma relação contínua com os pacientes, promovendo uma compreensão mais abrangente de seu histórico de saúde, fatores de risco e aderência ao tratamento. Essa abordagem longitudinal também permite a identificação precoce de possíveis complicações, ajustes nos planos de tratamento e a promoção de medidas preventivas, contribuindo para a eficácia do programa (VALE et al., 2019; OLIVEIRA, 2023).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta a Lei 8.080, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, incluindo o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, e o próprio Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de 2020, o paciente que é hipertenso e/ou diabético tem todo direito de acesso ao programa que lhe possibilita obter o diagnóstico, tratamento e cuidados necessários para sua condição. Relatar o caso de uma paciente em situação complexa serviu como ferramenta de aprendizado no internato de medicina na medida em que possibilitou a melhor compreensão dessa abordagem da atenção primária em saúde, permitindo vivenciar o cotidiano das eSF e participar do programa Hiperdia.

Destaca-se também a importância de se analisar e registrar as necessidades de intervenções do caso aqui apresentado, a fim de contribuir para um melhor planejamento e organização da APS visando alcançar a resolutividade esperada nestes casos de HAS e DM que requerem maior cuidado. O olhar crítico de comparar o que há de melhor evidência para o manejo e paralelamente o que foi observado dentro das possibilidades do cotidiano das equipes de saúde da família, referente ao caso apresentado, torna possível o conhecimento de como oferecer a devida atenção dentro do contexto de atenção primária em saúde.

Por fim, pôde-se observar o papel fundamental do programa Hiperdia na promoção da longitudinalidade do cuidado para pessoas com condições crônicas, como hipertensão e diabetes. No caso específico desta paciente, a importância da longitudinalidade na assistência da APS torna-se ainda mais evidente. Por meio de um acompanhamento contínuo e sistemático oferecido pelo programa Hiperdia, é possível estabelecer uma relação duradoura entre a equipe de saúde e a paciente, garantindo assim um cuidado integral e personalizado.

Ao longo do tempo, essa relação longitudinal permite a busca do controle das doenças, identificação precoce de possíveis complicações e a adaptação do plano de tratamento às necessidades específicas da paciente; promove a educação em saúde e o autocuidado, capacitando a paciente a assumir um papel ativo no manejo de sua condição crônica. Assim, reconhece-se a necessidade de fortalecer o papel da longitudinalidade na assistência da APS e investir em programas como o Hiperdia para melhorar a qualidade de vida e os resultados de saúde dessa paciente e de tantos outros que enfrentam desafios semelhantes.

REFERÊNCIAS

BARRETO, S. M. et al. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL. *Rev. APS*, v.16, n.4 p.460-468., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15244/8043>> Acesso em: 06 nov.2022.

BASILE, J; BLOCH, J. M. et al. **UpToDate. Overview of hypertension in adults** Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hypertension&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> Acesso em 22 de nov. 2022.

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> . Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 54, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/20201113_pcdt_diabete_mellitus_tipo_2_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Portaria n.371/GM, de 04 de março de 2002. Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 mar. 2002. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/manuais/portariaministerial371.doc>> Acesso em: 30 nov. 2022.

CUNHA, E. M. DA .; GIOVANELLA, L.. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1029–1042, 2011.

FERNANDEZ, D. L. R.; ISSE-POLLARO, S. H.; TAKASE-GONÇALVES, L. H.

PROGRAMA HIPERDIA E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE OS USUÁRIOS. Revista Baiana de Enfermagem, [S. l.], v. 30, n. 3, 2016. DOI: 10.18471/rbe.v30i3.17156. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17156>. Acesso em: 15 out. 2023.

LOBO et al., Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.6, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/VH5SydyqSXxQd76GcWJZ5ck/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 nov. 2022.

MELO, Carlos Eduardo Gomes de. Para além do Hiperdia: proposta de atendimento aos usuários portadores de diabetes mellitus tipo 2 em unidade de saúde da família. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/12157/30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

OLIVEIRA, L. F. et al. Longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: Explorando a Continuidade do Cuidado ao Longo do Tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/10048/4917>. Acesso em: 5 out. 2023.

PAULA, P. A. B. de et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2623–2633, maio 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GXRCYjDG9WLhyqQwXHCnFfn/?lang=pt#ModalHowcited>. Acesso em: 13 out. 2023.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Governo do Estado. **PlanificaSUS Paraná**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>. Acesso em: 22 nov. 2022.

QUATTRINI, C. et al. The Neuropad test: a visual indicator test for human diabetic neuropathy. **Diabetologia**, n.51, p.1046–1050, 2008. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00125-008-0987-y.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2022.

RABELO, A. L. R. et al. Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180841, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/t3zBZDr4F7RYBwyZXWH6w5s/#ModalHowcited>. Acesso em: 10 out. 2023.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. EDIÇÃO 2023. UPDATE 1. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/> Acesso em: 17 de fev. 2023.

SERPA et al. **Terapia ocupacional e grupo hiperdia**, Cadernos Brasileiros de

Terapia Ocupacional, v. 26, n. 03, p. 680-691, 2018 .Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE0784>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

VALE, P. R. L. F. do et al. **Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 479-490, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15918/20775>. Acesso em: 17 nov. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: **PROGRAMA HIPERTENSÃO NA LONGITUDINALIDADE DE CASO COMPLEXO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Pesquisador Responsável: **WESLEY MELETI DOS SANTOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um RELATO DE CASO. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador/aluno responsável pelo estudo ou com a(o) professor (a) responsável pelo aluno/pesquisador.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso e/ou situação clínica específica que envolve complexidade clínica de paciente e condutas relacionadas ao hipertensão, programa que preconiza atenção em saúde ao paciente hipertenso e/ou diabético.

Se o(a) Sr.(a) aceitar esse relato de caso, o procedimento envolvido em sua participação constituirá em uma breve entrevista de cerca de 60 minutos, podendo ser solicitada nova entrevista para esclarecimento de dados, consulta ao prontuário eletrônico também será realizada se imagens pertinentes para o relato de caso.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o(a) Sr.(a) ser exposto publicamente). Para minimizar esse risco, NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O(A) SR(A) COMO NOME, CODINOME, INICIAIS, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, NÚMEROS DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, FOTOGRAFIAS, FIGURAS, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS (partes do corpo), entre outros serão utilizadas sem sua autorização. Fotos, figuras ou outras características morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente cuidadas (camufladas, escondidas) para não identificar o(a) Sr.(a).

Contudo, este relato de caso também pode trazer benefícios. A presente pesquisa não trará benefício direto ao participante, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre os novos casos que apresentem verossimilhança

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste relato de caso e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante deste relato de caso, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário. Garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com o relato de caso, conforme especifica a Carta Circular nº 166/2018 da CONEP.

É garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes,


Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Página 1 de 2

durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o graduando do Internato em Atenção Primária à Saúde, Wesley Meleti dos Santos, pelo telefone +5544997012765 endereço Rua Waldemar Leonardo Matte, s/n Cj. Hab. Sol de Maio, Foz do Iguaçu – PR, 85862-566 e/ou pelo e-mail wesley_santosmelete@hotmail.com.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

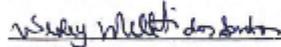
Concordo em participar do estudo intitulado: **PROGRAMA HIPERDIA NA LONGITUDINALIDADE DE CASO COMPLEXO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Nome do participante ou responsável

Data: 01/03/24

Assinatura do participante ou responsável

Eu, Wesley Meleti dos Santos, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4 da Resolução nº 466/2012 MS



Assinatura do aluno interno

Data: 01/03/24

ANEXOS

ANEXO A - DIRETRIZES PARA AUTORES - NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (RBMFC)

DIRETRIZES PARA AUTORES - NORMAS DE SUBMISSÃO

Objetivo e Política Editorial

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que tem como Missão: sensibilizar estudantes, profissionais e gestores da área da saúde sobre os temas científicos de interesse da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da Atenção Primária à Saúde (APS); possibilitar o intercâmbio entre instituições de ensino, serviços de saúde e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem multi e interdisciplinar; servir como veículo de educação continuada e permanente em saúde, tendo como eixos temáticos a MFC e a APS.

A RBMFC tem como objetivo publicar artigos originais, perspectivas, debates e discussões sobre todos os aspectos da MFC e da APS, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços e as políticas públicas relacionadas à MFC e à APS.

Processo de avaliação pelos pares

Os artigos submetidos à RBMFC serão avaliados por membros de seus Conselhos Editorial e Científico, como também por pareceristas convidados *ad hoc*. O processo de avaliação por pares preservará a identidade dos autores e suas afiliações. Os artigos serão encaminhados inicialmente ao editor para triagem e avaliação preliminar e, posteriormente, distribuídos aos pareceristas, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos mesmos, bem como com o tema tratado no artigo.

Todos os textos são submetidos à avaliação de dois consultores pareceristas – provenientes de instituição diferente daquela do(s) autor(es) –, em um processo cego, no qual os trabalhos são analisados em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; resultados e discussão; informações inteligíveis; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência à linha editorial da publicação. Os consultores preenchem o formulário de parecer, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Todo parecer incluirá sua fundamentação. Esse processo de avaliação inicial dura, em média, dois meses.

No caso de solicitação de alterações no artigo, este poderá ser reencaminhado em até 60 dias, para nova avaliação dos consultores. O resultado final, então, é comunicado ao(s) autor(es). Se aprovado, o artigo é revisado ortograficamente e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores, antes de serem encaminhadas para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa e espanhola, por revisor especializado. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação da revisão final. Os artigos ficam, então, disponíveis para publicação em ordem de protocolo.

A partir de 2011, a RBMFC adotou a publicação de artigos *Ahead of Print*, ou seja, os textos completos dos artigos são publicados individualmente na edição eletrônica, intitulada como **Artigos Aprovados**, assim que são finalizados os seus procedimentos editoriais. Esses artigos serão publicados nas próximas edições impressas da RBMFC.

Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RBMFC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Temas relevantes em MFC e APS, assim como anais de congressos da área, a critério do Editor, podem ser publicados como suplementos especiais.

Os artigos submetidos devem atender à Política Editorial da RBMFC e às Diretrizes abaixo, que seguem os Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*), acessíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.icmje.org/portuguese.pdf>. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. A pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Os artigos publicados são de propriedade da RBMFC, sendo vedada a reprodução, mesmo que parcialmente em outros periódicos, seja no formato impresso ou eletrônico, bem como a tradução para outro idioma sem a autorização do Editor. Todo o conteúdo RBMFC está sob a licença CC-BY Creative Commons (Atribuição- Uso Não-Comercial).

Seções e Tipos de Trabalhos

- Editorial
- Debate
- Perspectiva
- Artigos Originais
- Comunicações Breves
- Artigos de Revisão
- Casos Clínicos
- Atualização
- Diretrizes
- Ensaio
- Relatos de Experiência
- Documentos da SBMFC
- Cartas ao Editor
- Comentários
- Espaço Aberto
- Memória
- Resumos apresentados em Congressos
- Notas das Sociedades Estaduais

O **Editorial** é de responsabilidade do editor da revista, podendo ser encomendado a terceiros. Os editoriais são limitados a 900 palavras e 10 referências.

A seção **Debate** é encomendada pelo editor. Trata-se de artigo teórico, que expresse a opinião qualificada de um especialista sobre um tema central da RBMFC, ou sobre um tema da atualidade, e que receberá críticas/comentários assinados de até outros três especialistas, também convidados pelo editor, apresentando uma réplica do autor principal. O