

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA PARA A PREVENÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

DIABETES MELLITUS IN PRIMARY CARE: CONTRIBUTIONS OF MEDICINE
TO CARDIOVASCULAR RISK PREVENTION

Ciências da Saúde • 24/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/787543422](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/787543422)

Cristiano do Nascimento Siqueira¹

Aurelio Calixto Ribeiro de Holanda²

Desirée Coelho de Mello Seal³

Julienne de Cássia Braga Arruda⁴

Arlindo Trindade Soares Neto⁵

Everton Coelho chagas⁶

Emília Almeida de Freitas Trajano de Souza Chagas⁷

RESUMO

O diabetes mellitus constitui uma condição crônica de elevada relevância para a saúde pública, especialmente por sua associação com doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca e outras complicações que podem comprometer a qualidade e a expectativa de vida. Este artigo analisa as contribuições da Medicina no âmbito da Atenção Primária à Saúde para a prevenção e o manejo do risco cardiovascular em pessoas com diabetes mellitus. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, fundamentada em documentos oficiais, diretrizes clínicas e estudos científicos relacionados ao diabetes, à prevenção cardiovascular e à organização do cuidado na atenção primária. A análise evidencia que o acompanhamento longitudinal, a identificação precoce de fatores de risco, o controle glicêmico individualizado, a avaliação sistemática da pressão arterial e do perfil lipídico, o estímulo à atividade física e à alimentação adequada, o abandono do tabagismo e a indicação criteriosa de terapias com benefício cardiovascular são componentes centrais do cuidado. Destaca-se, ainda, a atuação médica na coordenação do cuidado, na estratificação do risco, na tomada de decisão compartilhada e no reconhecimento de situações que demandam encaminhamento. Conclui-se que a Medicina na Atenção Primária contribui para deslocar o cuidado do tratamento isolado da hiperglicemia para uma abordagem integrada de prevenção cardiovascular, ampliando a capacidade do sistema de saúde de reduzir eventos evitáveis e qualificar o acompanhamento das pessoas com diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Doenças Cardiovasculares; Prevenção; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic condition of major public health relevance, particularly because of its association with atherosclerotic cardiovascular disease, heart failure, and other complications that may impair quality and life expectancy. This article analyzes the contributions of Medicine within Primary Health Care to the prevention and management of cardiovascular risk in people with diabetes mellitus. This is an integrative, descriptive, and analytical literature review based on official documents, clinical guidelines, and scientific studies addressing diabetes, cardiovascular prevention, and the organization of primary care. The analysis shows that longitudinal follow-up, early identification of risk factors, individualized glycemic control, systematic assessment of blood pressure and lipid profile, encouragement of physical activity and healthy eating, smoking cessation, and appropriate use of therapies with cardiovascular benefit are central components of care. Medical practice also plays an important role in risk stratification, care coordination, shared decision-making, and recognition of situations requiring referral. It is concluded that Medicine in Primary Health Care helps shift diabetes management from isolated treatment of hyperglycemia toward an integrated cardiovascular prevention approach, strengthening the health system's capacity to reduce preventable events and improve long-term care for people with diabetes.

Keywords: Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Cardiovascular Diseases; Prevention; Family and Community Medicine.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) representa um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde por reunir elevada

frequência, evolução crônica, necessidade de acompanhamento contínuo e potencial para produzir complicações microvasculares e macrovasculares. A Organização Mundial da Saúde estima que o número de pessoas vivendo com diabetes tenha aumentado de aproximadamente 200 milhões em 1990 para 830 milhões em 2022, evidenciando a magnitude crescente do problema. Além das alterações metabólicas, a hiperglicemia persistente está relacionada a lesões vasculares e a eventos como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, o que amplia a importância de estratégias preventivas desde os primeiros níveis de atenção (WHO, 2024).

Entre as complicações associadas ao DM, as doenças cardiovasculares ocupam posição central. O diabetes não deve ser compreendido apenas como alteração da glicemia, mas como condição que frequentemente se acompanha de hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso, sedentarismo, doença renal crônica e outros fatores capazes de aumentar a probabilidade de eventos cardiovasculares. A American Diabetes Association (2024) destaca que a doença cardiovascular aterosclerótica constitui importante causa de morbidade e mortalidade entre pessoas com diabetes e recomenda avaliação sistemática dos fatores de risco, considerando a duração do diabetes, obesidade, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar, doença renal crônica e albuminúria.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica. Por ser o principal espaço de acompanhamento longitudinal, a APS possui condições para identificar pessoas em risco, confirmar diagnósticos, acompanhar parâmetros clínicos e laboratoriais, promover mudanças de estilo de vida, organizar o

tratamento medicamentoso e coordenar o acesso aos demais pontos da rede. O Ministério da Saúde estabelece que grande parte das pessoas com diabetes tipo 2 pode ser manejada adequadamente na APS, com avaliação clínica, planejamento terapêutico, prevenção de complicações e acompanhamento contínuo (BRASIL, 2020).

A abordagem cardiovascular exige, entretanto, que o cuidado não se limite à obtenção de uma meta glicêmica. O controle de pressão arterial, lipídios, peso corporal e tabagismo, associado à alimentação saudável e à prática de atividade física, constitui parte do mesmo processo de redução do risco. Em pessoas selecionadas, medicamentos com evidência de benefício cardiovascular podem integrar o plano terapêutico, sobretudo quando existe doença cardiovascular estabelecida, doença renal crônica ou múltiplos fatores de risco. A escolha deve considerar características clínicas, contraindicações, preferências, acesso e segurança do paciente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

A atuação médica na APS ganha relevância justamente na integração desses elementos. A consulta médica pode reunir história clínica, exame físico, interpretação de exames, avaliação do risco cardiovascular, identificação de complicações, revisão da farmacoterapia e definição compartilhada de prioridades terapêuticas. Esse processo não substitui a atuação de outros profissionais; ao contrário, depende de trabalho interdisciplinar, educação em saúde e organização de fluxos assistenciais. A linha de cuidado do Ministério da Saúde recomenda acompanhamento por equipe multiprofissional e ressalta que a avaliação inicial deve incluir risco cardiovascular e complicações crônicas (BRASIL, 2020).

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão: de que maneira a Medicina, inserida na Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para a prevenção do risco cardiovascular em pessoas com diabetes mellitus? A relevância da questão decorre da necessidade de qualificar práticas capazes de prevenir eventos cardiovasculares, reduzir complicações e fortalecer o cuidado longitudinal. O objetivo deste artigo é analisar as contribuições da Medicina na APS para a prevenção do risco cardiovascular em pessoas com DM, destacando avaliação clínica, estratificação de risco, intervenções não farmacológicas, tratamento medicamentoso, educação em saúde e coordenação do cuidado. A análise busca reunir elementos que possam subsidiar uma prática clínica integral, preventiva e orientada por evidências.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Diabetes Mellitus e Sua Relevância Clínica

O diabetes mellitus corresponde a um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia persistente decorrente de deficiência na produção de insulina, redução da ação desse hormônio ou combinação de mecanismos. O diabetes tipo 2 é a forma mais frequente e apresenta forte relação com resistência à insulina, excesso de peso, inatividade física, envelhecimento e predisposição genética. A evolução pode ocorrer durante anos com poucos sintomas, fazendo com que parte dos diagnósticos seja estabelecida em exames de rotina ou quando já existem complicações (BRASIL, 2020).

A natureza progressiva do diabetes torna o seguimento clínico indispensável. A hiperglicemia prolongada participa da gênese de

alterações microvasculares, enquanto a coexistência de fatores metabólicos e hemodinâmicos favorece doença aterosclerótica e insuficiência cardíaca. A OMS ressalta que a doença pode causar cegueira, insuficiência renal, infarto, acidente vascular cerebral e amputação de membros inferiores, reforçando a necessidade de prevenção e detecção precoce (WHO, 2024).

A dimensão clínica do diabetes também envolve a individualização de metas. A intensidade do tratamento deve levar em conta idade, tempo de doença, comorbidades, risco de hipoglicemia, presença de complicações e condições sociais. Dessa forma, o cuidado médico não se resume a prescrever medicamentos ou interpretar um único resultado laboratorial; exige avaliação global, definição de prioridades e reavaliação periódica.

2.2. Relação Entre Diabetes Mellitus e Risco Cardiovascular

A relação entre DM e doença cardiovascular é multifatorial. A hiperglicemia crônica associa-se a alterações endoteliais, inflamação, estresse oxidativo e modificações do metabolismo lipídico. Paralelamente, hipertensão, obesidade abdominal, dislipidemia, doença renal e tabagismo podem coexistir e potencializar a agressão vascular. Por isso, a avaliação do risco deve considerar o conjunto dos fatores e não apenas a glicemia ou a hemoglobina glicada.

A American Diabetes Association recomenda que fatores cardiovasculares sejam avaliados de forma sistemática, pelo menos anualmente, em pessoas com diabetes. Entre eles estão duração do diabetes, excesso de peso, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar de doença coronariana prematura, doença renal

crônica e albuminúria. O mesmo documento destaca que benefícios relevantes podem ser obtidos quando múltiplos fatores são tratados simultaneamente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

O risco cardiovascular também envolve insuficiência cardíaca. Pessoas com diabetes apresentam maior probabilidade de desenvolver alterações cardíacas, inclusive na ausência de doença arterial coronariana conhecida. Essa constatação amplia a perspectiva do cuidado, que deve incluir avaliação de sintomas, sinais clínicos, função renal, controle pressórico e escolha terapêutica orientada pelo perfil de risco. A prevenção cardiovascular, portanto, deve ser entendida como processo longitudinal e não como investigação isolada de uma doença específica.

2.3. Atenção Primária à Saúde Como Espaço de Prevenção

A APS reúne atributos que favorecem a prevenção cardiovascular: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Na linha de cuidado do diabetes tipo 2, o Ministério da Saúde estabelece fluxos para rastreamento, confirmação diagnóstica, planejamento terapêutico, acompanhamento e prevenção secundária, mantendo o vínculo com a unidade de origem mesmo quando há necessidade de atenção especializada (BRASIL, 2020).

A linha de cuidado orienta que a avaliação clínica inicial inclua risco cardiovascular e complicações crônicas. Entre os exames de acompanhamento aparecem hemoglobina glicada, perfil lipídico, creatinina, avaliação de albuminúria, exame dos pés e avaliação

oftalmológica, conforme indicação. A estratificação cardiovascular deve ser incorporada ao seguimento, permitindo que o plano terapêutico seja ajustado de acordo com o risco individual (BRASIL, 2020).

Essa perspectiva é particularmente importante porque muitos determinantes do risco cardiovascular são modificáveis. A consulta na APS pode transformar uma oportunidade episódica em acompanhamento estruturado, utilizando prontuário, busca ativa, grupos educativos, visitas domiciliares quando indicadas e articulação com profissionais de enfermagem, nutrição, educação física, farmácia, psicologia e outras áreas. A atuação médica integra-se a esse conjunto por meio da avaliação clínica, diagnóstico, prescrição e coordenação das decisões terapêuticas.

2.4. Avaliação Médica e Estratificação do Risco Cardiovascular

A avaliação do risco cardiovascular deve começar pela história clínica. É necessário investigar duração do diabetes, eventos cardiovasculares prévios, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, hábitos alimentares, nível de atividade física, peso, história familiar, doença renal, adesão ao tratamento e uso de medicamentos. Sintomas como dor torácica, dispneia, palpitações, claudicação e déficits neurológicos podem indicar necessidade de investigação adicional.

O exame físico complementa a história. A aferição adequada da pressão arterial, avaliação do índice de massa corporal e circunferência abdominal quando pertinente, exame cardiovascular e avaliação dos pés fazem parte de uma abordagem integrada. A linha de cuidado brasileira recomenda avaliação do risco

cardiovascular desde a primeira consulta e acompanhamento dos fatores relevantes ao longo do tratamento (BRASIL, 2020).

Ferramentas de estratificação podem auxiliar a decisão clínica, mas não substituem o julgamento médico. A presença de doença cardiovascular estabelecida, doença renal crônica, lesão de órgão-alvo ou múltiplos fatores de risco pode modificar substancialmente a intensidade das intervenções. A avaliação deve ser repetida conforme a evolução clínica e sempre que surgirem novas condições.

2.5. Controle Glicêmico e Prevenção Cardiovascular

O controle glicêmico permanece componente essencial do cuidado, sobretudo pela relação entre hiperglicemia prolongada e complicações microvasculares. Entretanto, a prevenção cardiovascular requer abordagem mais ampla. O tratamento deve estabelecer metas individualizadas e acompanhar hemoglobina glicada e outros parâmetros de acordo com o quadro clínico. A intensificação excessiva pode produzir hipoglicemia e outros efeitos adversos, razão pela qual a decisão deve considerar riscos e benefícios.

A abordagem contemporânea do diabetes reconhece que algumas terapias para redução da glicose apresentam benefícios cardiovasculares independentes ou parcialmente independentes do controle glicêmico. Em pessoas com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, doença renal crônica ou múltiplos fatores de risco, a ADA recomenda considerar classes como inibidores de SGLT2 e agonistas do receptor de GLP-1 com benefício cardiovascular demonstrado, conforme indicação clínica

(AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

Na APS, a contribuição médica consiste em identificar quem pode se beneficiar dessas estratégias, avaliar função renal e outras condições clínicas, revisar interações e contraindicações e acompanhar resposta e tolerabilidade. A prescrição deve estar integrada ao tratamento dos demais fatores de risco, evitando a falsa ideia de que um único medicamento é capaz de neutralizar o risco cardiovascular global.

2.6. Hipertensão, Dislipidemia, Obesidade e Tabagismo

A hipertensão arterial é um dos principais fatores associados à doença cardiovascular em pessoas com diabetes. A aferição da pressão arterial em consultas de rotina permite identificar alterações e iniciar ou ajustar intervenções. A ADA considera a hipertensão um importante fator de risco para doença aterosclerótica, insuficiência cardíaca e complicações microvasculares, ressaltando a necessidade de tratamento adequado e monitoramento contínuo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

A dislipidemia também ocupa posição central. A análise do perfil lipídico permite reconhecer concentrações elevadas de LDL-colesterol e outras alterações que podem aumentar o risco aterosclerótico. As estatinas permanecem componentes fundamentais da prevenção cardiovascular em grupos indicados, enquanto outras terapias podem ser consideradas quando as metas não são alcançadas ou quando há intolerância, sempre mediante

avaliação individualizada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

O excesso de peso e a obesidade frequentemente coexistem com diabetes tipo 2 e podem dificultar o controle metabólico. A perda ponderal, quando indicada, pode contribuir para melhora de pressão arterial, metabolismo glicídico e perfil lipídico. O tratamento deve ser realista, progressivo e construído com o paciente, considerando alimentação, atividade física, sono, saúde mental, contexto familiar e barreiras econômicas.

O tabagismo potencializa o risco cardiovascular e deve ser investigado de forma sistemática. A cessação exige abordagem estruturada, aconselhamento e, quando necessário, tratamento específico. Na APS, o vínculo longitudinal cria oportunidades para acompanhar tentativas de abandono, recaídas e manutenção da abstinência.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, construída com o propósito de reunir evidências sobre a relação entre diabetes mellitus, risco cardiovascular e atuação médica na Atenção Primária à Saúde. A escolha desse método decorre da necessidade de integrar diretrizes clínicas, documentos oficiais e literatura científica para discutir o problema de maneira ampla, sem produzir estimativas epidemiológicas próprias.

A busca bibliográfica foi orientada pelos seguintes eixos temáticos: diabetes mellitus; diabetes tipo 2; risco cardiovascular; doença cardiovascular aterosclerótica; hipertensão; dislipidemia; atenção primária à saúde; prevenção cardiovascular; cuidado longitudinal; e

atuação médica. Foram priorizados documentos oficiais do Ministério da Saúde, publicações da Organização Mundial da Saúde e recomendações da American Diabetes Association, além de literatura científica pertinente ao tema.

Como fontes institucionais, foram consultadas as Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde para diabetes mellitus tipo 2, documentos relacionados à Atenção Primária e publicações internacionais de referência. A linha de cuidado brasileira foi utilizada especialmente para descrever a organização do acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular, o planejamento terapêutico e a prevenção de complicações. As recomendações da ADA foram utilizadas para contextualizar estratégias contemporâneas de prevenção cardiovascular e manejo clínico (BRASIL, 2020; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

Foram considerados como critérios de inclusão: documentos e artigos relacionados diretamente ao diabetes e ao risco cardiovascular; materiais que apresentassem recomendações aplicáveis à atenção primária; publicações em português ou inglês; e documentos de instituições reconhecidas. Foram excluídos textos sem relação direta com o problema, materiais de caráter opinativo sem base técnica e duplicidades. A seleção privilegiou conteúdos atuais, sem excluir documentos anteriores quando apresentavam relevância normativa ou conceitual.

A análise foi organizada em categorias temáticas: relação entre diabetes e doença cardiovascular; avaliação e estratificação do risco; controle de fatores modificáveis; intervenções farmacológicas; educação e autocuidado; atuação médica; e coordenação do cuidado na APS. O conteúdo foi sintetizado de forma narrativa,

confrontando recomendações nacionais e internacionais e destacando convergências, possibilidades de aplicação e limitações.

Por se tratar de revisão bibliográfica e documental, sem coleta de dados de seres humanos, prontuários ou entrevistas, não foram produzidos resultados primários e não houve recrutamento de participantes. Dessa forma, os achados apresentados na seção seguinte representam uma síntese interpretativa das fontes consultadas e não devem ser interpretados como prevalência ou efeito causal observado em uma população específica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. A Prevenção Cardiovascular Deve Ser Incorporada Ao Cuidado do Diabetes

A literatura e as diretrizes analisadas convergem para uma compreensão ampliada do diabetes. O controle da glicemia é necessário, mas insuficiente para reduzir todo o risco cardiovascular. A presença simultânea de hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e doença renal modifica o prognóstico e exige uma estratégia que considere o conjunto de fatores. A ADA afirma que a modificação simultânea de fatores de risco glicêmicos, pressóricos e lipídicos produz benefícios relevantes na prevenção da doença cardiovascular aterosclerótica (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

Essa conclusão possui implicação prática para a APS: cada contato com a pessoa com diabetes pode ser uma oportunidade para revisar o risco cardiovascular. Não é necessário transformar toda consulta em investigação especializada, mas é necessário evitar que a assistência se reduza à renovação de receita ou à análise isolada da

hemoglobina glicada. A consulta deve integrar parâmetros clínicos, exames, hábitos, adesão, efeitos adversos e prioridades do paciente.

O Ministério da Saúde segue lógica semelhante ao estabelecer que a avaliação inicial do paciente com DM2 deve contemplar risco cardiovascular e complicações crônicas. A linha de cuidado também indica que o manejo da maioria dos pacientes pode ocorrer na APS, mantendo vínculo e coordenação mesmo quando há encaminhamento (BRASIL, 2020). Isso fortalece a ideia de que prevenção cardiovascular não é atividade exclusiva da cardiologia, mas componente essencial da atenção primária.

4.2. O Papel Médico na Identificação Precoce do Risco

A contribuição médica começa antes da ocorrência de um evento cardiovascular. A anamnese estruturada pode identificar história de doença cardiovascular, fatores familiares, tabagismo, padrão alimentar, sedentarismo, uso de medicamentos, episódios de hipoglicemia e dificuldades de adesão. O exame físico e os exames laboratoriais complementam a avaliação e ajudam a reconhecer condições silenciosas.

A identificação precoce é particularmente importante porque o diabetes tipo 2 pode permanecer assintomático por período prolongado. O Ministério da Saúde ressalta que a doença costuma apresentar evolução lenta e que o diagnóstico pode ocorrer em exames de rotina ou no contexto de eventos agudos (BRASIL, 2020). Portanto, a Medicina na APS tem função relevante tanto no diagnóstico quanto na prevenção de progressão e complicações.

O médico também deve reconhecer limites da atenção primária e critérios de encaminhamento. Dor torácica suspeita, sinais de

insuficiência cardíaca, doença arterial periférica sintomática, alterações neurológicas agudas ou outras manifestações de gravidade exigem avaliação apropriada na rede. A coordenação do cuidado implica encaminhar quando necessário e, posteriormente, reassumir o acompanhamento longitudinal.

4.3. Intervenções Sobre Fatores de Risco Modificáveis

A intervenção sobre fatores modificáveis apresenta grande potencial preventivo. A alimentação adequada deve ser trabalhada de maneira individualizada, priorizando qualidade dos alimentos, adequação energética e redução de padrões alimentares associados a excesso de açúcares, gorduras saturadas e sódio. O profissional deve considerar cultura, disponibilidade de alimentos e condições socioeconômicas, evitando orientações impossíveis de executar.

A atividade física constitui outra dimensão essencial. A prescrição ou recomendação deve respeitar idade, capacidade funcional, comorbidades e preferências. Pessoas com maior risco ou sintomas cardiovasculares podem necessitar de avaliação antes de iniciar determinadas atividades. A APS pode acompanhar progressão e barreiras, além de articular ações comunitárias.

A perda de peso, quando indicada, pode melhorar diferentes componentes do risco cardiometabólico. Contudo, metas devem ser individualizadas e acompanhadas de suporte contínuo. Estratégias que combinam alimentação, atividade física e, quando apropriado, tratamento farmacológico ou outras intervenções podem produzir resultados mais sustentáveis.

A cessação do tabagismo deve ser incorporada à rotina. A investigação do consumo de tabaco, aconselhamento breve e

encaminhamento para programas específicos podem ser realizados na APS. A abordagem de álcool, sono e saúde mental também pode ser relevante, pois comportamentos e condições psicossociais interferem na adesão e no controle de fatores de risco.

4.4. Tratamento Farmacológico e Proteção Cardiovascular

O tratamento farmacológico do diabetes deve ser individualizado e articulado ao risco cardiovascular. A escolha de medicamentos não deve considerar apenas a capacidade de reduzir a glicemia. Em determinados pacientes com diabetes tipo 2, especialmente aqueles com doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou múltiplos fatores de risco, algumas classes apresentam evidência de benefício cardiovascular e podem ser incorporadas ao plano terapêutico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT2) e os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1) ocupam lugar relevante nas recomendações contemporâneas para perfis clínicos selecionados. A escolha, entretanto, deve considerar função renal, efeitos adversos, custo, disponibilidade, via de administração, preferências e características do paciente. A recomendação baseada em risco evita tanto a subutilização quanto a prescrição indiscriminada.

O controle da pressão arterial e dos lipídios também demanda tratamento medicamentoso quando indicado. A ADA recomenda avaliação regular da pressão e destaca o papel de terapias anti-hipertensivas e hipolipemiantes na redução de eventos cardiovasculares. Na prevenção primária, a intensidade da terapia

hipolipemiante deve ser definida de acordo com idade e risco; na presença de doença cardiovascular estabelecida, a abordagem é mais intensiva (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, 2024).

A contribuição médica inclui revisar adesão, ajustar doses, monitorar efeitos adversos e evitar combinações potencialmente inadequadas. Também é necessário reconhecer que acesso e continuidade do fornecimento de medicamentos influenciam o resultado clínico. Por isso, a prescrição deve estar conectada à realidade do sistema e às possibilidades do paciente.

4.5. Monitoramento Longitudinal e Indicadores Clínicos

O acompanhamento longitudinal permite verificar se as intervenções estão produzindo resultados. A linha de cuidado do Ministério da Saúde indica acompanhamento de glicemia e hemoglobina glicada, perfil lipídico, função renal, albuminúria, avaliação dos pés e cuidado oftalmológico, além da avaliação do risco cardiovascular (BRASIL, 2020). A periodicidade deve ser ajustada às necessidades clínicas, sem transformar os exames em rotina desvinculada de decisões.

Na perspectiva cardiovascular, indicadores relevantes incluem controle pressórico, perfil lipídico, peso, tabagismo, atividade física, adesão medicamentosa e ocorrência de eventos. A interpretação conjunta desses elementos oferece uma visão mais adequada do risco do que qualquer marcador isolado. O prontuário pode funcionar como ferramenta de acompanhamento e identificação de lacunas no cuidado.

A avaliação periódica também permite reconhecer situações de inércia terapêutica, quando fatores de risco permanecem elevados sem reavaliação ou ajuste do plano. A tomada de decisão deve ser compartilhada, mas o profissional tem responsabilidade de apresentar claramente os riscos, benefícios e alternativas disponíveis.

4.6. Educação em Saúde e Participação do Paciente

O autocuidado é parte estruturante do tratamento. A pessoa com diabetes toma decisões diariamente sobre alimentação, atividade física, medicamentos e monitoramento. Por isso, uma consulta centrada apenas na prescrição não alcança todas as dimensões do problema. A educação deve ajudar o paciente a reconhecer sua condição, compreender o risco cardiovascular e desenvolver competências práticas para o cotidiano.

A comunicação médica deve evitar culpabilização. Fatores como renda, jornada de trabalho, disponibilidade de alimentos, segurança para realizar atividade física e acesso a medicamentos podem interferir diretamente na adesão. Considerar essas condições melhora a qualidade do plano terapêutico e favorece metas possíveis.

A participação do paciente também pode ocorrer na definição das prioridades. Para algumas pessoas, parar de fumar será a intervenção inicial mais importante; para outras, será necessário organizar a medicação, controlar a pressão ou iniciar atividade física. A decisão compartilhada torna o cuidado mais individualizado e pode fortalecer o vínculo longitudinal.

4.7. Integração Multiprofissional e Coordenação da Rede

A prevenção cardiovascular no diabetes é uma tarefa multiprofissional. A linha de cuidado brasileira descreve participação de diferentes categorias profissionais, de acordo com a disponibilidade do serviço, incluindo medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, educação física, odontologia, psicologia e terapia ocupacional (BRASIL, 2020). Essa organização favorece respostas mais completas às necessidades clínicas e sociais.

O médico atua como parte da equipe e pode assumir função importante na integração de informações, definição diagnóstica e terapêutica, avaliação de gravidade e coordenação com serviços especializados. Entretanto, a integralidade depende de comunicação entre profissionais e de fluxos de referência e contrarreferência funcionais.

A plataforma de Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde integra diabetes a outras condições cardiovasculares e fatores de risco, como hipertensão, obesidade, tabagismo, acidente vascular cerebral e síndrome coronariana, mostrando a necessidade de uma abordagem em rede (BRASIL, 2026). Essa integração é coerente com a realidade clínica, em que uma mesma pessoa frequentemente apresenta múltiplas condições crônicas.

4.8. Limitações e Lacunas Identificadas

A literatura analisada sustenta a necessidade de prevenção cardiovascular integrada, mas existem desafios para sua implementação. Diretrizes oferecem recomendações clínicas, porém sua efetividade depende de disponibilidade de exames, medicamentos, profissionais, sistemas de informação e

continuidade do cuidado. Diferenças regionais e socioeconômicas podem modificar o acesso às estratégias recomendadas.

Outra limitação é que uma revisão narrativa e integrativa não produz estimativas locais de risco ou de prevalência. Portanto, este artigo não permite afirmar a frequência de diabetes ou de fatores cardiovasculares em uma população específica. Estudos observacionais locais, auditorias de prontuários e pesquisas de base populacional podem complementar a literatura ao identificar lacunas concretas no cuidado.

Também é necessário avaliar a efetividade de modelos de cuidado que integrem estratificação cardiovascular, educação em saúde e seguimento multiprofissional na APS. Pesquisas futuras podem comparar indicadores antes e depois de intervenções estruturadas, incluindo controle pressórico, lipídico e glicêmico, tabagismo, adesão e ocorrência de eventos cardiovasculares.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise evidencia que o diabetes mellitus exige uma abordagem que ultrapasse o controle isolado da glicemia e incorpore a prevenção cardiovascular como componente permanente do cuidado. A Atenção Primária à Saúde apresenta condições privilegiadas para essa abordagem por reunir acompanhamento longitudinal, vínculo, prevenção, identificação precoce de fatores de risco e coordenação da rede.

A Medicina contribui de maneira decisiva por meio da avaliação clínica sistemática, confirmação diagnóstica, estratificação do risco cardiovascular, identificação de complicações, definição de metas individualizadas, prescrição e monitoramento de tratamentos e

reconhecimento de situações que demandam atenção especializada. Essa atuação alcança maior efetividade quando integrada ao trabalho multiprofissional e à participação ativa da pessoa com diabetes.

A prevenção cardiovascular requer combinação de estratégias: controle glicêmico individualizado, tratamento adequado da hipertensão e da dislipidemia, manejo do peso, atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo e uso criterioso de terapias com benefício cardiovascular quando indicadas. O acompanhamento periódico permite revisar riscos e ajustar o plano terapêutico de acordo com a evolução clínica.

Conclui-se que fortalecer a atuação médica na Atenção Primária, articulada às demais categorias profissionais, pode contribuir para um cuidado mais preventivo, contínuo e centrado na pessoa com diabetes. O principal avanço consiste em transformar cada contato assistencial em oportunidade de redução do risco cardiovascular, sem perder de vista as particularidades clínicas, sociais e as preferências individuais. A consolidação dessa perspectiva depende de qualificação profissional, organização da rede, disponibilidade de recursos e produção de evidências locais sobre a qualidade e os resultados do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PRIMARY CARE ADVISORY GROUP. Introduction: Standards of Care in Diabetes—2024 Abridged for Primary Care Professionals. *Clinical Diabetes*, v. 42, n. 2, p. 181, 2024. DOI: 10.2337/cd24-aint. Disponível em:

<https://diabetesjournals.org/clinical/article/42/2/181/154468/Introduction-Standards-of-Care-in-Diabetes-2024>. Acesso em: 14 ago. 2026.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, v. 47, Supplement 1, p. S179-S218, 2024. DOI: 10.2337/dc24-S010. Disponível em:

https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S179/153957/10-Cardiovascular-Disease-and-Risk-Management. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto: planejamento terapêutico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/planejamento-terapeutico>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto: unidade de atenção primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Metodológica C4: cuidado da pessoa com diabetes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Atualizado em 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c4-cuidado-da-pessoa-com-diabetes/view>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Linhas de Cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/linhas-de-cuidado/plataforma-linhas-de-cuidado>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Acesso em: 14 ago. 2026.

¹ Discente do doutorado em ciências da saúde da São Luís University. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Discente do Curso de medicina da Universidad Autónoma San Sebastián. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Discente do Curso de medicina da Universidad Autónoma San Sebastián. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)