

Descontinuidade do cuidado e descompensação clínica no diabetes insípido central congênito: Implicações para o manejo na Atenção Primária — relato de caso

Care discontinuity and clinical decompensation in congenital central diabetes insipidus:

Implications for management in primary care — a case report

Discontinuidad del cuidado y descompensación clínica en diabetes insípida central congénita:

Implicaciones para el manejo en atención primaria — reporte de caso

Recebido: 28/03/2026 | Aceito: 31/03/2026 | Publicado: 02/04/2026

Caio Willer Brito Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8828-8277>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

E-mail: caiowillerb@gmail.com

Helioenai Trajano Santos Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4101-2952>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: helioenaisantoscosta@gmail.com

Matheus Majoel Henrique Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6177-0932>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: matheus.m.h.silva@unirg.edu.br

Gilberto Melo Ramos Filho

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0433-5989>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: gilberto.m.r.filho@unirg.edu.br

Gabriel Amaral Soares

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4274-7507>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: Gabriel.soares@unirg.edu.br

Pablo Vitor Almeida de Brito

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8316-0649>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: pablo2003.pvb@gmail.com

Paulo Luiz Almeida de Brito

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6112-5445>

Universidade de Gurupi, Brasil

E-mail: pauloluizalmeidadebrito@gmail.com

Resumo

Este estudo objetiva descrever o acompanhamento de um adulto jovem com diabetes insípido central congênito, com ênfase na relação entre descontinuidade do cuidado e descompensação clínica, bem como nas implicações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, no formato de relato de caso. O diabetes insípido central congênito é uma condição rara cuja estabilidade clínica depende da manutenção do seguimento ao longo do tempo, sendo sua interrupção associada à perda do equilíbrio hidroeletrólítico e à descompensação evitável. Relata-se o caso de homem de 28 anos, diagnosticado na infância por teste de privação hídrica com resposta à desmopressina, que interrompeu o acompanhamento aos 15 anos e passou a utilizar a medicação de forma irregular. Evoluiu com poliúria volumosa, noctúria persistente, fadiga e repercussão funcional progressiva, procurando a Atenção Primária por elevação pressórica sustentada. Na reavaliação, apresentava diurese de 12.800 mL/24 h, sódio sérico de 147 mEq/L e densidade urinária de 1.003, com função renal preservada. A reintrodução regular de desmopressina, associada ao tratamento anti-hipertensivo e à reorganização do cuidado, promoveu normalização clínica e laboratorial. O caso evidencia que, mesmo em condições raras, a continuidade do cuidado na APS é determinante para os desfechos clínicos.

Palavras-chave: Diabetes Insípido; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Abstract

This study aims to describe the follow-up of a young adult with congenital central diabetes insipidus, emphasizing the relationship between discontinuity of care and clinical decompensation, as well as its implications for management in

Primary Health Care. This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted as a case report. Congenital central diabetes insipidus is a rare condition whose clinical stability depends on continuous long-term follow-up, and its interruption is associated with loss of hydroelectrolyte balance and preventable decompensation. We report the case of a 28-year-old man diagnosed in childhood through a water deprivation test with a positive response to desmopressin, who discontinued follow-up at the age of 15 and subsequently used the medication irregularly. He developed severe polyuria, persistent nocturia, fatigue, and progressive functional impairment, seeking primary care due to sustained elevated blood pressure. At reassessment, he presented a urine output of 12,800 mL/24 h, serum sodium of 147 mEq/L, and urine specific gravity of 1.003, with preserved renal function. The regular reintroduction of desmopressin, combined with antihypertensive therapy and reorganization of care, led to clinical and laboratory normalization. This case demonstrates that, even in rare conditions, continuity of care in Primary Health Care is a key determinant of clinical outcomes.

Keywords: Diabetes Insipidus; Primary Health Care; Continuity of Patient Care.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir el seguimiento de un adulto joven con diabetes insípida central congénita, con énfasis en la relación entre la discontinuidad del cuidado y la descompensación clínica, así como en sus implicaciones para el manejo en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, en formato de reporte de caso. La diabetes insípida central congénita es una condición rara cuya estabilidad clínica depende del seguimiento continuo a lo largo del tiempo, y su interrupción se asocia con la pérdida del equilibrio hidroelectrolítico y con una descompensación prevenible. Se presenta el caso de un hombre de 28 años, diagnosticado en la infancia mediante prueba de privación hídrica con respuesta a desmopresina, quien interrumpió el seguimiento a los 15 años y pasó a utilizar la medicación de forma irregular. Evolucionó con poliuria severa, nocturia persistente, fatiga y deterioro funcional progresivo, acudiendo a la Atención Primaria por elevación sostenida de la presión arterial. En la reevaluación, presentaba diuresis de 12.800 mL/24 h, sodio sérico de 147 mEq/L y densidad urinaria de 1.003, con función renal preservada. La reintroducción regular de desmopresina, asociada al tratamiento antihipertensivo y a la reorganización del cuidado, permitió la normalización clínica y de laboratorio. Este caso demuestra que, incluso en condiciones raras, la continuidad del cuidado en la Atención Primaria de Salud es un determinante clave de los resultados clínicos.

Palabras clave: Diabetes Insípida; Atención Primaria de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente.

1. Introdução

O Diabetes Insípido (DI) é um distúrbio raro da homeostase hídrica caracterizado pela incapacidade de concentração urinária, resultando em poliúria persistente e polidipsia compensatória. Essa condição decorre de alterações na secreção ou na ação da vasopressina, podendo se manifestar nas formas central ou nefrogênica (Bichet, 2019; Christ-Crain *et al.*, 2019). Nas variantes congênicas, mutações em genes como AVPR2 e AQP2 desempenham papel central na fisiopatologia da doença (Hureau & Vargas-Poussou, 2022).

Do ponto de vista diagnóstico, apesar dos avanços recentes, como o uso da copeptina, sua disponibilidade ainda é limitada. Na prática, o diagnóstico se baseia no teste de privação hídrica associado à resposta à desmopressina, que permanece como principal ferramenta diagnóstica em cenários com restrição de recursos e menor acesso a exames especializados (Christ-Crain, 2020; Flynn *et al.*, 2025).

Apesar da baixa prevalência, estimada em aproximadamente 1 caso para cada 25.000 indivíduos, o DI apresenta potencial para evolução clínica relevante quando não reconhecido ou adequadamente acompanhado (Bichet, 2019). Os sintomas iniciais, frequentemente inespecíficos, como poliúria, polidipsia e fadiga, podem ser confundidos com condições mais prevalentes, o que contribui para atrasos diagnósticos e maior risco de desidratação, hipernatremia e instabilidade hidroeletrólítica (Atila *et al.*, 2022).

Mais do que o diagnóstico inicial, a evolução clínica depende da continuidade do acompanhamento. A interrupção do seguimento em condições que exigem regulação constante do equilíbrio hídrico tende a comprometer progressivamente o controle fisiológico, favorecendo instabilidade clínica e aumentando o risco de desfechos evitáveis, configurando não apenas uma falha organizacional, mas um fator diretamente relacionado à segurança do paciente. Sob essa perspectiva, a continuidade do cuidado pode ser compreendida como um processo dinâmico que envolve planejamento assistencial, articulação entre níveis

de atenção e compartilhamento de informações, sendo essencial para garantir estabilidade clínica e reduzir eventos adversos ao longo do tempo (Costa *et al.*, 2020).

A organização do cuidado assume papel central no manejo do DI, uma vez que, na Atenção Primária à Saúde, atributos como longitudinalidade e coordenação do cuidado favorecem seguimento consistente, integração entre níveis assistenciais e maior estabilidade das decisões clínicas ao longo do tempo, enquanto a abordagem centrada na pessoa, ao incorporar dimensões clínicas, funcionais e contextuais, associa-se a melhores desfechos em condições crônicas (Starfield, 1998; Gusso *et al.*, 2019; Jacó & Norman, 2020).

Adicionalmente, a APS exerce função estruturante na rede de atenção à saúde, organizando o cuidado a partir das necessidades do território e favorecendo o estabelecimento de vínculo, o acesso contínuo e a sustentação do acompanhamento longitudinal, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços (Silva *et al.*, 2025). Apesar disso, permanecem escassos os relatos clínicos que abordam o manejo do DI na APS sob a perspectiva da continuidade do cuidado como determinante de desfechos. Assim, mais do que a raridade da doença, a forma como o cuidado é organizado, mantido e ajustado ao longo do tempo pode definir a estabilidade ou a descompensação clínica.

Diante disso, este estudo objetiva descrever o acompanhamento de um adulto jovem com diabetes insípido central congênito, com ênfase na relação entre descontinuidade do cuidado e descompensação clínica e nas implicações para o manejo na APS.

2. Metodologia

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo, com abordagem qualitativa (Risemberg *et al.*, 2026) e estruturado no formato de relato de caso (Yin, 2015; Pereira *et al.*, 2018). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 8.269.470 e CAAE nº 95732326.2.0000.5518, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Apresentação do Caso

Paciente do sexo masculino, 28 anos, pardo, procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde Waldir Lins, em Gurupi, Tocantins, em novembro de 2025, após evolução progressiva de descontrole clínico, associada à interrupção prolongada do acompanhamento, além de episódios recorrentes de elevação pressórica aferidos em domicílio e em serviços de saúde. Durante a consulta, manifestou interesse em retomar seguimento médico para DI.

Na anamnese, relatou quadro sugestivo de distúrbio do metabolismo hídrico desde a infância, com poliúria volumosa, polidipsia intensa, preferência por ingestão de água fria, noctúria frequente e episódios recorrentes de desidratação leve. Segundo relato, aos 3 anos de idade foi submetido à investigação especializada, quando recebeu diagnóstico de DI central após teste de privação hídrica seguido de resposta à desmopressina, confirmando deficiência de secreção do hormônio antidiurético. Iniciou tratamento com desmopressina oral, com boa resposta clínica, evidenciada pela redução da poliúria e melhora do estado de hidratação.

Manteve acompanhamento especializado até os 15 anos, quando houve interrupção do seguimento por questões logísticas familiares, configurando descontinuidade do cuidado, com perda do acompanhamento longitudinal e uso irregular da terapêutica. A partir desse período, evoluiu com recrudescimento progressivo de poliúria, polidipsia, noctúria e fadiga, com impacto funcional em atividades laborais e sociais, mais evidente nos últimos cinco anos e determinante para nova busca por assistência.

Apresentava como antecedentes pessoais DI central congênito em uso irregular de desmopressina e alergia

medicamentosa a amoxicilina, amoxicilina associada ao ácido clavulânico e diclofenaco potássico. Relatava pai com hipertensão arterial sistêmica e avó materna com diabetes mellitus. Referia padrão alimentar inadequado, ingestão hídrica elevada e sedentarismo, negando tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, hidratado, lúcido e orientado, sem sinais de desidratação aguda. Apresentava pressão arterial de 160/120 mmHg, com confirmação de níveis persistentemente elevados em consultório (180/120 mmHg), sem critérios clínicos de emergência hipertensiva. A glicemia capilar pós-prandial foi de 183 mg/dL. O índice de massa corporal era de 33,28 kg/m², compatível com obesidade grau I. Os demais achados não apresentaram alterações relevantes.

Diante do quadro, foram solicitados exames laboratoriais, cujos resultados iniciais encontram-se descritos na Tabela 1, e instituída monitorização ambulatorial da pressão arterial. Considerando o histórico de DI, o período prolongado sem seguimento e a necessidade de reavaliação terapêutica, optou-se por manejo compartilhado com endocrinologia, mantendo acompanhamento longitudinal na APS, com ênfase na reorganização do cuidado e na retomada do seguimento regular.

Foram realizadas orientações dietéticas, com moderação da ingestão de sódio e estímulo à ingestão hídrica conforme o mecanismo fisiológico de sede. Foi reiniciado o uso regular de desmopressina oral (DDAVP 0,2 mg à noite) e instituído tratamento anti-hipertensivo com enalapril 10 mg a cada 12 horas. Na avaliação inicial, destacavam-se diurese de 12.800 mL/24 horas, sódio sérico de 147 mEq/L e densidade urinária de 1,003, com função renal preservada. Após a regularização terapêutica, observou-se redução da diurese para 2.600 mL/24 horas, normalização do sódio sérico (141 mEq/L) e aumento da densidade urinária (1,024), evidenciando restabelecimento do controle hidroeletrolítico. Na reavaliação em sete dias, a monitorização residencial da pressão arterial demonstrou controle adequado, com médias de 130 × 80 mmHg no período matutino e 120 × 80 mmHg no período noturno, sem evidência de lesão de órgão-alvo.

Tabela 1 - Resultados laboratoriais na avaliação inicial (janeiro de 2026).

Exame (unidade)	Resultado	Valor de referência
Creatinina sérica (mg/dL)	0,98	0,70–1,30
Ureia (mg/dL)	30	15–45
Potássio sérico (mEq/L)	4,3	3,5–5,1
Sódio sérico (mEq/L)	147	135–145
Glicemia de jejum (mg/dL)	104	70–99
Hemoglobina glicada (%)	5,6	< 5,7
TSH (mUI/L)	3,85	0,4–4,0
T4 livre (ng/dL)	0,98	0,8–1,8
Colesterol total (mg/dL)	198	< 200
LDL-colesterol (mg/dL)	128	< 130
HDL-colesterol (mg/dL)	42	> 40
Triglicerídeos (mg/dL)	156	< 150
Ácido úrico (mg/dL)	6,2	3,4–7,0
Urina tipo I	Densidade 1.005; sem proteinúria e hematúria	Ausência de alterações

Fonte: Elaborado pelos Autores a partir de dados do prontuário clínico.

Observa-se que os exames laboratoriais iniciais evidenciaram função renal preservada e perfil metabólico globalmente dentro dos limites de normalidade, com discreta elevação do sódio sérico e da glicemia de jejum. Destaca-se a baixa densidade urinária, compatível com incapacidade de concentração urinária, achado característico do diabetes insípido central, corroborando o quadro clínico de desregulação do balanço hídrico.

Após a regularização terapêutica, observou-se melhora expressiva dos parâmetros clínicos e laboratoriais, conforme demonstrado na Tabela 2, com redução da diurese para 2.600 mL/24 horas, normalização do sódio sérico (141 mEq/L) e aumento da densidade urinária (1,024), evidenciando restabelecimento do controle hidroeletrólítico. Na reavaliação em sete dias, a monitorização residencial da pressão arterial demonstrou controle adequado, com médias de 130 × 80 mmHg no período matutino e 120 × 80 mmHg no período noturno, sem evidência de lesão de órgão-alvo.

Tabela 2 - Resultados laboratoriais antes e após regularização da terapia com desmopressina (janeiro e fevereiro de 2026).

Exame (unidade)	Valor de referência	Antes da desmopressina	Após desmopressina
Sódio sérico (mEq/L)	135–145	147	141
Potássio sérico (mEq/L)	3,5–5,1	4,3	4,1
Creatinina sérica (mg/dL)	0,70–1,30	0,98	0,87
Glicemia de jejum (mg/dL)	70–99	101	95
Densidade urinária	1,010–1,030	1,003	1,024
Volume urinário (mL/24 h)	800–2.000	12.800	2.600

Fonte: Elaborado pelos Autores a partir de dados do prontuário clínico.

A comparação dos parâmetros antes e após a introdução regular da desmopressina demonstra resposta terapêutica significativa, com redução substancial do volume urinário e restauração da capacidade de concentração urinária, evidenciada pelo aumento da densidade urinária. A normalização do sódio sérico reforça o restabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico, indicando adequada resposta ao tratamento e evidenciando a importância da adesão terapêutica e do acompanhamento contínuo.

4. Discussão

O caso mostra que o diabetes insípido central congênito, embora corretamente diagnosticado na infância, torna-se instável quando o acompanhamento é interrompido. O diagnóstico aos três anos, confirmado por teste de privação hídrica com resposta à desmopressina, define deficiência de vasopressina conforme descrito na literatura (Christ-Crain *et al.*, 2019; Melmed *et al.*, 2020; Flynn *et al.*, 2025). A definição etiológica foi adequada; a evolução clínica, no entanto, passou a depender da continuidade do cuidado.

A interrupção do seguimento aos 15 anos, sem reavaliações periódicas ou ajuste terapêutico, marcou o início da perda de controle clínico. O reaparecimento de poliúria, polidipsia e episódios de desidratação não indica falha diagnóstica, mas perda da longitudinalidade assistencial, elemento essencial no manejo de condições crônicas (Starfield, 1998; Gusso *et al.*, 2019; Jacó & Norman, 2020). A progressão observada decorre, portanto, da ruptura do cuidado contínuo, e não da evolução da doença em si.

Na reavaliação, os exames confirmaram incapacidade de concentração urinária, com diurese de 12.800 mL/24 h, sódio sérico de 147 mEq/L e densidade urinária de 1.003. Após a reintrodução regular da desmopressina, houve redução do volume urinário, normalização do sódio sérico e aumento da densidade urinária, indicando recuperação do controle hidroeletrólítico. A resposta ao tratamento mostra que o mecanismo renal estava preservado e que o quadro resultava do uso irregular da medicação, e não de lesão estrutural, em consonância com a literatura (Fenske *et al.*, 2022; Flynn *et al.*, 2025).

A função renal mantida, com taxa de filtração glomerular dentro da normalidade, afasta dano secundário à poliúria crônica e confirma a integridade da resposta tubular à desmopressina (Inker *et al.*, 2021). Mesmo após anos de evolução sintomática, houve reversão do quadro com a retomada do tratamento adequado. O impacto funcional foi significativo. A noctúria persistente comprometeu o sono e repercutiu sobre desempenho físico e laboral. Estudos mostram redução importante

da qualidade de vida em indivíduos com essa condição, mesmo em tratamento regular (Atila *et al.*, 2022), o que tende a se agravar quando a terapêutica é irregular.

A procura por atendimento ocorreu por elevação pressórica, e não pelos sintomas clássicos, sugerindo adaptação progressiva à poliúria. A escuta clínica na Atenção Primária permitiu relacionar a queixa atual à ausência de acompanhamento, possibilitando a reorganização do cuidado. Esse aspecto evidencia a capacidade da Atenção Primária de identificar necessidades em saúde ao longo do tempo, por meio de uma abordagem centrada na pessoa, sustentada pelo vínculo e pelo acompanhamento longitudinal, favorecendo intervenções oportunas mesmo em condições de baixa prevalência (Albarqi, 2024; Silva *et al.*, 2025). A resposta ao tratamento reforça que a instabilidade estava relacionada à descontinuidade assistencial, e não à maior complexidade da doença.

A segurança do cuidado também merece destaque. Há relatos de descompensação em pacientes com diabetes insípido expostos a assistência fragmentada, principalmente em situações de internação e suspensão inadvertida da desmopressina (Arima *et al.*, 2018; Fenske *et al.*, 2022). A orientação adequada e o seguimento contínuo reduzem esse risco e aumentam a autonomia do paciente.

Em doenças de baixa prevalência, o desfecho não depende apenas do diagnóstico inicial, mas da manutenção do cuidado ao longo do tempo. Neste caso, a Atenção Primária conseguiu integrar acompanhamento clínico, ajuste terapêutico e prevenção de riscos. A longitudinalidade e a coordenação do cuidado, pilares da Medicina de Família e Comunidade (Starfield, 1998; Gusso *et al.*, 2019; Jacó & Norman, 2020), foram determinantes para restabelecer a estabilidade clínica e reduzir novas descompensações. Evidências recentes indicam que menores níveis de continuidade do cuidado estão associados a maior mortalidade, maior número de internações não planejadas e maior utilização de serviços de urgência, enquanto a manutenção do vínculo longitudinal se relaciona a melhores desfechos clínicos e maior coordenação entre os níveis assistenciais (Prior *et al.*, 2025).

5. Conclusão

Este caso demonstra que, no diabetes insípido central congênito, a estabilidade clínica está diretamente relacionada à continuidade do cuidado. A descompensação observada não decorreu da progressão da doença, mas da interrupção do acompanhamento e do uso irregular da terapêutica, com reversão após a retomada do seguimento estruturado. A experiência reforça que, mesmo em condições raras, a Atenção Primária exerce papel decisivo ao garantir acompanhamento longitudinal, coordenação do cuidado e sustentação das decisões clínicas ao longo do tempo.

Referências

- Albarqi, M. N. (2024). Continuity and sustainability of care in family medicine: Assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations—A systematic review. *PLOS ONE*, 19(12), e0299283. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299283>
- Arima, H., Azuma, Y., Morishita, Y., Hagiwara, D., Sugimura, Y., & Banno, R. (2018). Clinical characteristics and management of central diabetes insipidus. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(10), 3862–3870. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01176>
- Atila, C., Loughrey, P. B., Garrahy, A., Winzeler, B., Refardt, J., & Gildroy, P. (2022). Central diabetes insipidus from a patient's perspective. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 10(10), 700–709. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00225-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00225-4)
- Bichet, D. G. (2019). Diabetes insipidus. *The Lancet*, 393(10178), 1765–1777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32790-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32790-1)
- Christ-Crain, M. (2020). Diabetes insipidus: New concepts for diagnosis. *Neuroendocrinology*, 110(9–10), 859–868. <https://doi.org/10.1159/000505402>
- Christ-Crain, M., Bichet, D. G., & Fenske, W. (2019). Diabetes insipidus. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 54. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0103-2>
- Costa, M. F. B. N. A., Oliveira, L. S., Santos, J. L. G., Lanzoni, G. M. M., & Cechinel-Peiter, C. (2020). Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. *Research, Society and Development*, 9(10), e3709108518. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518>

- Fenske, W., Refardt, J., Chifu, I., Schnyder, I., Winzeler, B., & Drummond, J. (2022). Inpatient management and safety considerations in central diabetes insipidus. *Nature Reviews Endocrinology*, 18(7), 389–401. <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00662-3>
- Flynn, K., Hatfield, J., Brown, K., Viator, N., & Hoang, T. (2025). Central and nephrogenic diabetes insipidus: Updates on diagnosis and management. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1479764. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1479764>
- Gusso, G., Lopes, J. M. C., & Dias, L. C. (2019). *Tratado de medicina de família e comunidade* (2ª ed.). Artmed.
- Hureaux, M., & Vargas-Poussou, R. (2022). Genetic basis of nephrogenic diabetes insipidus. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 540, 111502. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2021.111502>
- Inker, L. A., Eneanya, N. D., Coresh, J., Tighiouart, H., Wang, D., & Sang, Y. (2021). New creatinine- and cystatin C-based equations to estimate GFR without race. *The New England Journal of Medicine*, 385(19), 1737–1749. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2102953>
- Jacó, B. R., & Norman, A. H. (2020). A filosofia da medicina de família e comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 1991. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)1991](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)1991)
- Melmed, S., Auchus, R. J., Goldfine, A. B., Koenig, R. J., & Rosen, C. J. (2020). *Williams textbook of endocrinology* (14th ed.). Elsevier.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica* [E-book]. Editora da UFSM.
- Prior, A., Rasmussen, L. A., Virgilsen, L. F., Vedsted, P., & Vestergaard, M. (2025). Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study. *The Lancet Primary Care*, 1, 100016. <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100016>
- Risemberg, R. I. C., et al. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://eacademica.org/eacademica/article/view/675>
- Silva, I. H. P., Teixeira, Y. B. S., Araújo, M. C. L., Costa, M. R., Lima, Á. J., & Porciuncula, A. M. (2025). O papel da atenção primária na promoção da saúde em territórios periféricos vulnerabilizados: Uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 14(12), e103141249727. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i12.49727>
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (5ª ed.). Bookman.