

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**Elton Mafra Trindade**

**AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA AOS PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS NA USF POVOADO RUA DA PALHA NA ZONA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA DO ITANHI EM SERGIPE**

**Belo Horizonte  
2024**

**Elton Mafra Trindade**

**AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA AOS PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS NA USF POVOADO RUA DA PALHA NA ZONA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA DO ITANHI EM SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Medicina de Família e Comunidade,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Rosa Gouvea de  
Sousa

**Belo Horizonte  
2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 08 do mês de novembro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **ELTON MAFRA TRINDADE** intitulado "Ampliação da Atenção Prestada aos Pacientes Hipertensos e Diabéticos na USF Povoado Rua da Palha na Zona Rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Alcione Bastos Rodrigues, ROSA GOUVEA DE SOUSA e RODRIGO CHAVEZ PENHA. O TCC foi aprovado com a nota 100. Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 03 do mês de julho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4348091** e o código CRC **F59E754F**.

Referência: Processo nº 23072.217984/2025-84

SEI nº 4348091

Criado por [gabrielteixeira](#), versão 2 por [gabrielteixeira](#) em 03/07/2025 08:57:29.

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é fundamentada em ações que visam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. O seu financiamento, pautado pelo Programa Previne Brasil, é composto por: capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo financeiro com base em critério populacional; e incentivo para ações estratégicas. Dentre os indicadores de desempenho, se destacam os relacionados ao acompanhamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, devido à elevada prevalência dessas doenças crônicas não transmissíveis e ao baixo nível de cumprimento das metas dos referidos indicadores. Com base no exposto, o presente trabalho tem o objetivo de implantar projeto de intervenção para ampliar a atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na USF Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe. Por fim, espera-se encontrar implantação de projeto de intervenção propiciaria melhora da qualidade de vida dos referidos pacientes, com redução da morbimortalidade, favoreceria a criação de vínculo com o serviço de saúde, promoveria a longitudinalidade do cuidado e contribuiria para o aumento dos valores do financiamento federal.

Palavras-chave: atenção básica; financiamento da saúde; indicadores de saúde; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus.

## **ABSTRACT**

Primary Health Care is based on actions aimed at promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, palliative care and health surveillance. Its financing, guided by the Previner Brasil Program, consists of: weighted capitation; pay for performance; financial incentive based on population criteria; and encouragement for strategic actions. Among the performance indicators, those related to the monitoring and control of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus stand out, due to the high prevalence of these chronic non-communicable diseases and the low level of achievement of the goals of the aforementioned indicators. Based on the above, the present work aims to implement an intervention project to expand the care provided to hypertensive and diabetic patients at USF Povoado Rua da Palha in the rural area of the Municipality of Santa Luzia do Itanhi in Sergipe. Finally, it is expected to find the implementation of an intervention project that would provide an improvement in the quality of life of these patients, with a reduction in morbidity and mortality, would favor the creation of a link with the health service, would promote the longitudinality of care and would contribute to increasing values of federal funding.

**Keywords:** basic care; health financing; health indicators; systemic arterial hypertension; diabetes mellitus.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	6
1.1 Aspectos gerais do município	6
1.2 O sistema municipal de saúde	6
1.3 Aspectos da comunidade	6
1.4 A Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha	6
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha	7
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha	7
1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha	7
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	7
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	8
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	9
<b>3 OBJETIVOS</b>	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos	11
<b>4 METODOLOGIA</b>	12
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	13
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	14
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	14
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	14
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	14
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	14
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	18
<b>REFERÊNCIAS</b>	19

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

O município de Santa Luzia do Itanhi (por vezes grafado em publicações oficiais como “Santa Luzia do Itanhy”) está localizado na região geográfica imediata de Estância no estado de Sergipe (IBGE, 2017). Com área territorial de 325,258 km<sup>2</sup> e população residente de 13.616 habitantes, em 2022, apresenta densidade demográfica de 41,86 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2024).

Em 2021, a taxa de ocupação do município era de 7,57%, ocupando a 60<sup>a</sup> posição entre os 75 municípios sergipanos. No mesmo período, a renda média mensal era de 2,1 salários mínimos/pessoa, a 36<sup>a</sup> maior no estado. Além disso, apresentava Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 13.564,94, ocupando a 49<sup>a</sup> posição. A taxa de escolarização dentre a população de 6 a 14 anos era de 97,3%, em 2010, ocupando a 49<sup>a</sup> no estado. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2021, era de 4,0, para os quatro anos iniciais do ensino fundamental, e de 4,1, para os quatro anos finais, ocupando a 65<sup>a</sup> e a 49<sup>a</sup> posições, respectivamente. Em 2022, a taxa de mortalidade infantil era de 21,98 óbitos a cada mil nascidos vivos, ocupando a 21<sup>a</sup> posição no estado (IBGE, 2024).

### **1.2O sistema municipal de saúde**

O sistema municipal de saúde é limitado e não apresenta serviços de nível secundário e terciário, sendo que a população que necessita de atenção especializada é encaminhada para o município vizinho de Estância ou ainda para a capital Aracaju. O município conta com sete Unidades de Saúde da Família (USF) habilitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): USF Povoado Boquim, USF Povoado Crasto, USF Povoado Picarreira, USF Povoado Priapu, USF João Venâncio dos Santos, USF Areia Branca e USF Povoado Rua da Palha. Cada unidade apresenta apenas uma equipe de Saúde da Família (eSF), totalizando sete eSF.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

O Povoado Rua da Palha, localizado na zona rural do município de Santa Luzia do Itanhi, é uma vila de pescadores, cuja população encontra sua subsistência em atividades de pesca de peixes, caranguejos e mariscos. A comunidade é abarcada pelo sistema municipal de coleta de resíduos sólidos. O acesso a esgotamento sanitário e saneamento básico na comunidade é limitado e as condições gerais de higiene são precárias, refletindo em elevada incidência de doenças infectocontagiosas. O Povoado conta com uma creche e uma escola municipal de ensino fundamental. Além disso, como outros recursos de apoio social, apresenta igrejas e associações comunitárias dos habitantes do Povoado e de outros distritos subsidiários.

### **1.4A Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha**

A USF está localizada na via principal do Povoado. Trata-se de um prédio improvisado, composto por uma recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico e uma sala de vacinação. Possui

população adscrita de 1.422 habitantes, totalizando 601 famílias, divididas em seis microáreas. Na área de abrangência da USF estão catalogados 140 pacientes hipertensos e 47 diabéticos. A população, de modo geral, demonstra receptividade e aceitação das atividades desenvolvidas pela equipe, com presença regular na USF, com alta procura do serviço diariamente.

### **1.5A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha**

A Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vacinadora e uma técnica de enfermagem, responsável pelo acolhimento dos pacientes.

### **1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha**

As atividades da equipe são realizadas na USF e em espaços comunitários – como escolas e associações comunitárias – dos distritos subsidiários ao Povoado Rua da Palha, em calendário regular de rodízio entre os espaços. O processo de trabalho apresenta dificuldades para a realização das atividades programáticas da Estratégia Saúde da Família (ESF), por limitações concernentes aos recursos físicos e humanos para prestar assistência à população, falta de capacitação da equipe para a realização de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), além de problemas referentes ao nível de instrução dos pacientes para a busca adequada dos serviços de saúde conforme as queixas apresentadas. Ademais, o cuidado é limitado pelos recursos diagnósticos e terapêuticos da rede municipal de saúde. A USF não conta com sistema de prontuário eletrônico, sendo os registros realizados em prontuários físicos, arquivados conforme microárea e ordem alfabética.

### **1.7O dia a dia da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha**

As atividades diárias da equipe são pautadas no atendimento da demanda programada e da demanda espontânea, tipicamente caracterizada por situações agudas pouco urgentes, pelo médico, pela enfermeira e pela dentista. Além disso, são ofertados os serviços da equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), conforme calendário próprio.

### **1.8Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Após análise da situação de saúde-doença da população adscrita à USF pela eSF, foi evidenciado que a comunidade apresenta alguns problemas de maior relevância, dentre eles, merecem destaque: a elevada prevalência de parasitoses intestinais; a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente a sífilis; a falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Pela priorização de problemas, a partir da urgência, importância e capacidade de enfrentamento foi escolhido a falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha, município de Santa Luzia do Itanhi, estado de Sergipe**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	Alta	15	Total	1
Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente a sífilis	Média	10	Parcial	2
Elevada prevalência de parasitoses intestinais	Média	5	Parcial	3

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\* Total, parcial ou fora

\*\*\*\* Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária à Saúde (APS), regulamentada pela Portaria nº 2.436/17, é fundamentada em ações que visam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações a nível individual, familiar e coletivo, de forma universal e sem qualquer tipo de exclusão ou preconceito à população assistida (BRASIL, 2017). A APS é a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), baseando-se na referência e contrarreferência, mas com o objetivo de resolver a maioria das demandas na APS e referenciando somente os casos de maior complexidade (BRASIL, 2017). A APS tem a ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, com ampliação o escopo de práticas em saúde através da instituição das eMulti (BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

O Programa Previne Brasil foi instituído em 2019, pela Portaria nº 2.979/19, com o objetivo de reformular o financiamento da APS (BRASIL, 2019). No novo modelo, o financiamento federal é composto por quatro elementos: capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo financeiro com base em critério populacional; e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2022).

Em 2021, foram delimitados sete indicadores para o componente “pagamento por desempenho”: Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada; Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (BRASIL, 2021).

Os indicadores 6 e 7 dizem respeito a doenças crônicas não transmissíveis, as quais apresentam aumento de sua prevalência em âmbito nacional devido ao envelhecimento populacional. Estima-se que 21,4% da população brasileira apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BARROSO et al., 2021), enquanto 7,6% apresentam Diabetes Mellitus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No estado de Sergipe, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), ocorreram 61.454 consultas médicas na APS, foram realizadas 802.179 aferições de pressão arterial e 196.092 dosagens de hemoglobina glicada, no ano de 2022. Todavia não constam, na referida base de dados secundária, números referentes ao Município de Santa Luzia do Itanhi.

Segundo dados da Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS), Santa Luzia do Itanhi apresentou o 13º pior desempenho nos indicadores do Programa Previne Brasil dentre os municípios do estado de Sergipe no terceiro quadrimestre de 2022, não alcançando as metas de nenhum dos indicadores. No que tange aos indicadores referentes a doenças crônicas, apenas 35% dos hipertensos realizaram consultada médica e aferição da pressão arterial nos últimos seis meses e 31% dos pacientes diabéticos realizaram consulta médica e determinação da hemoglobina

glicada nos últimos seis meses, números inferiores às metas de 50% estabelecidas para o ano de 2022.

A ampliação da atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na USF Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi propiciaria melhora da qualidade de vida dos referidos pacientes, com redução da morbimortalidade, favoreceria a criação de vínculo com o serviço de saúde e promoveria a longitudinalidade do cuidado. Além disso, contribuiria para o aumento dos valores do financiamento federal repassados ao Município de Santa Luzia do Itanhi.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Implantar projeto de intervenção para ampliação da atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 3.2.1 Compreender os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil;
- 3.2.2 Identificar pontos de inflexão para a atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe;
- 3.2.3 Propor estratégias para a ampliação da atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe.

#### 4 METODOLOGIA

O presente trabalho apresentou-se pela elaboração de um projeto de intervenção que ampliação da atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos na USF Povoado Rua da Palha na zona rural do Município de Santa Luzia do Itanhi em Sergipe.

Para a implantação do referido projeto é necessário, a princípio, a realização de reunião com a eSF da USF Povoado Rua da Palha no intuito de listar os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea e planejar a busca ativa desses pacientes para encaminhá-los para consulta médica na USF ou em visita domiciliar a depender das questões de logística de locomoção dos referidos pacientes até a USF. Durante os atendimentos será realizada a aferição da pressão arterial desses pacientes, mesmo daqueles com diagnóstico apenas de DM, além de solicitação de hemoglobina glicada. Outras condutas propedêuticas poderão ser tomadas a depender do quadro clínico apresentado.

Ademais, durante as consultas médicas será possível inquirir os pacientes quanto à saúde daqueles que habitam em sua residência no intuito de buscar outros habitantes expostos a fatores de risco ambientais similares aos dos pacientes hipertensos e diabéticos ou com quadro clínico sugestivo de HAS ou DM.

Com base nisso, será possível calcular a cada quadrimestre os indicadores referentes a doenças crônicas conforme preconizado pelo Programa Previne Brasil, no intuito de alcançar as metas de 50% dos pacientes hipertensos com consulta médica e aferição da pressão arterial nos últimos seis meses e 50% dos pacientes diabéticos com consulta médica e determinação da hemoglobina glicada nos últimos seis meses.

Para o registro dos atendimentos realizados aos pacientes e os resultados dos parâmetros pressóricos e glicêmicos serão utilizadas as fichas impressas padronizadas utilizadas nas USF do município de Santa Luzia do Itanhi, tendo em vista que a APS do referido município não dispõe de prontuário eletrônico.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Evidencia-se uma tendência de crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como HAS e DM, a nível mundial e também em cenário nacional (HACKER, 2024; SIMÕES et al, 2021). Apesar da contribuição da genética, outros fatores de risco são identificados para o desenvolvimento de HAS; dentre eles se destacam a idade avançada, o sexo masculino (embora entre os idosos a prevalência seja maior entre os indivíduos do sexo feminino), a etnia negra, o sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo, o etilismo, o consumo excessivo de sódio, além da presença de condições socioeconômicas precárias (BARROSO et al, 2020). De modo similar, a DM tem como alguns de seus principais fatores de risco a genética, idade avançada, as etnias não-brancas, história familiar positiva, o excesso de peso, o tabagismo, o sedentarismo e fatores psicossociais e econômicos (DEFRONZO et al, 2015).

Tendo em vista a importância da contribuição de fatores de risco modificáveis identificados, é possível perceber o papel das medidas de prevenção – seja ela primária, secundária ou terciária – para o controle das referidas doenças crônicas não transmissíveis, (BRASIL, 2013). O acompanhamento regular dos pacientes com HAS e DM, com controle dos níveis pressóricos e glicêmicos é fundamental para a prevenção da morbimortalidade cardiovascular associada a essas condições, caracterizando estratégia de prevenção terciária (SOWERS, EPSTEIN, FROHLICH, 2001).

Todavia, ainda prevalecem no Brasil níveis discrepantes de acompanhamento dos pacientes com HAS e DM, conforme identificado por Malfatti e Assunção (2011) ao comparar os municípios do Vale do Rio Pardo, no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, Costa, Silva e Jatobá (2022) relatam baixos níveis de cumprimento das metas dos indicadores de desempenho preconizados pelo Programa Previne Brasil, com especial destaque para os indicadores referentes às doenças crônicas não transmissíveis. Isso é reforçado por Schönholzer et al. (2023), que destacou que nenhum estado alcançou as metas previstas para os mesmos indicadores relacionados a doenças crônicas. Por fim, Linard et al. (2023) reforçam a necessidade de implementação de estratégias intervencionistas para garantir o aumento dos parâmetros dos referidos indicadores do Programa Previne Brasil.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós críticos”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Por conta de problemas de acesso aos serviços e recursos de saúde e da baixa adesão às terapêuticas propostas, é prevalente na comunidade a falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

A falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, interfere na morbimortalidade dos pacientes através do comprometimento crônico de órgãos e sistemas.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

- Insuficiência de seguimento regular dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Deficiência de aferição regular da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
- Falta de solicitação dos níveis de hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos.

### **6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)**

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

**Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha, do município de Santa Luzia do Itanhi, estado de Sergipe**

<b>Nó crítico 1</b>	Insuficiência de seguimento regular dos pacientes hipertensos e diabéticos.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Realizar o seguimento regular dos pacientes hipertensos e diabéticos.
<b>6º passo: projeto</b>	Realizar busca ativa os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM para encaminhá-los para consulta médica na USF ou em visita domiciliar a depender das questões de logística de locomoção dos referidos pacientes até a USF.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Ampliação do seguimento regular dos pacientes hipertensos e diabéticos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Registros formais de seguimento regular dos pacientes hipertensos e diabéticos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Conhecimento dos ACS acerca dos pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Financeiro: Não são necessários. Político: Não são necessários.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Realizar reunião com a eSF da USF Povoado Rua da Palha no intuito de listar os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Político: Não são necessários. Financeiro: Não são necessários.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Equipe de Saúde da Família.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médico.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O projeto será avaliado e acompanhado pelo médico da USF.

**Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha, do município de Santa Luzia do Itanhi, estado de Sergipe**

<b>Nó crítico 2</b>	Deficiência de aferição regular da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Realizar a aferição regular da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
<b>6º passo: projeto</b>	Realizar busca ativa os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM para encaminhá-los para consulta médica na USF ou em visita domiciliar a depender das questões de logística de locomoção dos referidos pacientes até a USF. Durante os atendimentos será realizada a aferição da pressão arterial desses pacientes, mesmo daqueles com diagnóstico apenas de DM, além de solicitação de hemoglobina glicada.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Ampliação da aferição regular da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Registros formais da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Conhecimento dos ACS acerca dos pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Financeiro: Não são necessários. Político: Não são necessários.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Realizar reunião com a eSF da USF Povoado Rua da Palha no intuito de listar os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Político: Não são necessários. Financeiro: Não são necessários.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Equipe de Saúde da Família.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médico.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O projeto será avaliado e acompanhado pelo médico da USF.

**Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de controle regular de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Povoado Rua da Palha, do município de Santa Luzia do Itanhi, estado de Sergipe**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de solicitação dos níveis de hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Solicitar dos níveis de hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos.
<b>6º passo: projeto</b>	Realizar busca ativa os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM para encaminhá-los para consulta médica na USF ou em visita domiciliar a depender das questões de logística de locomoção dos referidos pacientes até a USF. Durante os atendimentos será realizada a solicitação de hemoglobina glicada.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Ampliação da solicitação dos níveis de hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Registros formais dos níveis de hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Conhecimento dos ACS acerca dos pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Financeiro: Não são necessários. Político: Não são necessários.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Realizar reunião com a eSF da USF Povoado Rua da Palha no intuito de listar os pacientes com diagnóstico de HAS e/ou DM de cada microárea. Político: Não são necessários. Financeiro: Não são necessários.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Equipe de Saúde da Família.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médico.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O projeto será avaliado e acompanhado pelo médico da USF.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do entendimento das doenças crônicas não transmissíveis como condições que afetam de modo global a saúde dos indivíduos e da influência de fatores de risco ambientais e sociais para o desenvolvimento e controle dessas condições, é possível compreender que a ampliação do cuidado a esses pacientes é de fundamental importância para ampliação da qualidade de vida da comunidade que se encontra adscrita à USF Povoado Rua da Palha, a médio e longo prazo.

Ademais, evidencia-se a relevância do Sistema Único de Saúde na assistência dos indivíduos residentes em comunidades rurais e com dificuldade de acesso ao sistema de saúde suplementar, cumprindo com seus princípios de equidade, universalidade e integralidade.

Com base na experiência do projeto de intervenção proposto, é possível a análise de sucessos e falhas, com correção e ampliação das propostas a nível local, mas também incentivar propostas similares em outros pontos da rede municipal de saúde ou mesmo em localidades outras a partir da difusão dos resultados alcançados, entendendo sempre a APS como um processo em constante evolução e adaptação à realidade local.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S.; et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Primária, n. 29: Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf). Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2022-SAPS/MS**. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota\\_tecnica\\_11\\_2022.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_11_2022.pdf). Acesso em: 17 dez. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635\\_22\\_05\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html). Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 03 dez. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 17 dez. 2023.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, N. R.; SILVA, P. R. F.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe8, p. 08–20, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n3GJrfSm9QgLPnQXqcbJs3S/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2023.

DEFRONZO, R.; et al. Type 2 diabetes mellitus. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, n. 15019, 23 jul. 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp201519>. Acesso em: 30 jun. 2024.

HACKER, K. The Burden of Chronic Disease. **Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 112-119, 20 jan. 2024. Disponível em: [https://www.mcpiqjournal.org/article/S2542-4548\(23\)00057-7/fulltext](https://www.mcpiqjournal.org/article/S2542-4548(23)00057-7/fulltext). Acesso em: 30 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html>. Acesso em: 19 maio 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados do Brasil**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 maio 2024.

LINARD, A. G.; et al. Evaluation of the performance indicators of the Previne Brasil Program in the Massif of Baturité: Chronic Diseases. **SciELO Preprints**, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322>. Acesso em: 19 dez. 2023.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1383–1388, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YQ93vNVRyTGqsjvBxr4cjML/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2023.

SCHÖNHOLZER, T. E.; et al. Indicadores de desempenho de la Atención Primaria del Programa Previne Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, p. e4007, jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/J59rwGJQD3pXDYcQ5gtMbGq/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2023.

SIMÕES, T. C.; et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3991–4006, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pYFSm9d883CVfKVBbg99xRf/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.

SOWERS, J. R.; EPSTEIN, M.; FROHLICH, E. D. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update. **Hypertension**, v. 37, n. 4, p. 1053-1059, abr. 2001. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.37.4.1053>. Acesso em: 30 jun. 2024.