

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Medicina De Família e Comunidade / EAD

Ivaldo César de Souza Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DA LONGITUDINALIDADE PARA A MELHORIA DO
RASTREAMENTO E SEGUIMENTO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DO DIABETES MELLITUS NA UBS NOVA ESPERANÇA, EM
BARRA DE GUABIRABA, PERNAMBUCO.**

Belo Horizonte

2024

Ivaldo César de Souza Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DA LONGITUDINALIDADE PARA A MELHORIA DO
RASTREAMENTO E SEGUIMENTO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DO DIABETES MELLITUS NA UBS NOVA ESPERANÇA, EM
BARRA DE GUABIRABA, PERNAMBUCO.**

Monografia de especialização apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Gabriela Zamunaro Lopez
Ruiz

Belo Horizonte

2024



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 15 do mês de outubro 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) **Ivaldo César de Souza Rodrigues** intitulado "A importância da longitudinalidade para a melhoria do rastreamento e seguimento clínico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus na UBS Nova Esperança, em Barra de Guabiraba, Pernambuco.", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Unai Tupinambas, Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz e Fernanda Flávia Cockell. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 09 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 17/07/2025, às 10:39, 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 15:14, 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, informando o código verificador **4367120** e o código CRC **187C8F3A**.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidato(a): Ivaldo César de Souza Rodrigues

Título do Trabalho: A importância da longitudinalidade para a melhoria do rastreamento e seguimento clínico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus na UBS Nova Esperança, em Barra de Guabiraba, Pernambuco.

Comissão Examinadora:

Orientador(a): Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz

Avaliador(a): Fernanda Flávia Cockell

Aos 15 dias do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do candidato, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ
Data: 16/10/2024 19:25:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br FERNANDA FLAVIA COCKELL SILVA
Data: 16/10/2024 21:03:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

<Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz>
ORIENTADOR(A)

<Fernanda Flávia Cockell>
AVALIADOR(A)

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2024.

RESUMO

Após análise situacional durante o período de permanência na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Esperança, o principal problema levantado pela equipe foi a falta de acolhimento e triagem de risco, pois isso vinha prejudicando o processo de trabalho e dificultando o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, elencadas nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil. A falta de um sistema de acolhimento e triagem adequados prejudicava tanto o diagnóstico de doenças crônicas de alta prevalência na atenção básica, quanto o acompanhamento de pessoas previamente diagnosticadas. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi melhorar o rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) na unidade local, bem como otimizar o seguimento clínico das pessoas com as referidas doenças. Após implementação de acolhimento e triagem de risco e realização de rastreamento durante o período, notou-se um aumento no número de usuários diagnosticados com essas doenças e uma melhora no seguimento clínico dos hipertensos e diabéticos, acarretando na evolução substancial nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil. Apesar das dificuldades para efetivar as mudanças necessárias mediante à intervenção, foram obtidos resultados excelentes.

Palavras-chave: programas de rastreamento; diabetes mellitus, hipertensão essencial

ABSTRACT

After a situational analysis during the period of stay at the Nova Esperança Basic Health Unit, the main problem identified by the team was the lack of reception and risk screening, as this was hindering the work process and hindering the achievement of the goals established by the Ministry of Health, listed in indicators VI and VII of the Previne Brasil Program. The lack of an adequate reception and screening system hindered both the diagnosis of highly prevalent chronic diseases in primary care and the follow-up of previously diagnosed individuals. Therefore, the objective of this study was to improve screening for Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus at the local unit, as well as optimize the clinical follow-up of individuals with these diseases. After implementing reception, risk screening, and screening during the period, an increase in the number of users diagnosed with these diseases and an improvement in the clinical follow-up of hypertensive and diabetic individuals were observed, resulting in substantial improvements in indicators VI and VII of the Previne Brasil Program. Despite the difficulties in implementing the necessary changes through intervention, excellent results were achieved.

Keywords: Screening programs; diabetes mellitus; essential hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Hipertensos e diabéticos 2022,2023 e 2024-----	18
Gráfico 2 - Previne Brasil 2022,2023 e 2024-----	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da PA de acordo com a medição em consultório-----11

Tabela 2 – Critérios diagnósticos para DM recomendados pela ADA e pela SBD---12

Tabela 3 – Metas pressóricas gerais a serem obtidas tratamento anti-hipertensivo-13

Tabela 4 – Metas de controle glicêmico de acordo com sociedades científicas-----13

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
4 OBJETIVOS	14
5 METODOLOGIAS	15
6 RESULTADOS ESPERADOS	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
8 REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

Como médico integrante do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), fui alocado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Esperança, que está localizada na cidade de Barra de Guabiraba, Pernambuco. A cidade possui população estimada de 12.263 habitantes (IBGE, 2023). Iniciei as atividades médicas em outubro de 2022, na UBS Nova Esperança, que possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, 6 agentes comunitários de saúde, recepcionista e auxiliar de serviços gerais. A UBS atende a 2.680 usuários cadastrados (765 famílias) na área adscrita, distribuídos em 6 microáreas do território urbano.

Após análise situacional inicial, foram notados alguns problemas, tanto no que se refere à qualidade do atendimento aos usuários, quanto à estrutura física do prédio e à falta de equipamentos de informática para registro dos atendimentos no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Apesar da dificuldade estrutural e de material, o principal problema levantado pela equipe, após discussão, foi a falta de uma rotina de acolhimento e triagem de risco, e isso vinha prejudicando o processo de trabalho da equipe e dificultando que a UBS atingisse as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, elencadas nos indicadores do Programa Previne Brasil. Esse programa, criado pela portaria n 2.979 12/11/2019 (MS, 2019), é composto de vários indicadores que são analisados quadrimestralmente, com o intuito de avaliar o acesso, o atendimento e a qualidade das equipes de atenção básica à saúde, visando obter um padrão de assistência satisfatório na atenção básica.

Após avaliação dos resultados dos três quadrimestres de 2022, percebeu-se que a falta de acolhimento e triagem na unidade dificultava o rastreamento e seguimento clínico adequado de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas importantes, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), que atingem respectivamente 23,9% e 7,7% dos adultos brasileiros maiores de 18 anos (IBGE, 2020). Portanto, efetivar o acolhimento à demanda local e triagem de risco, fazer o rastreamento da HAS e DM conforme recomendações do Ministério da Saúde e de Sociedades Médicas, bem como melhorar o seguimento clínico de pacientes com essas doenças, é primordial para que se tenha como resultado aquilo que se espera da atenção primária, que é promover saúde, prevenir doenças e reduzir agravos.

2 JUSTIFICATIVA

A falta de rastreamento e de seguimento clínico adequado em relação a HAS e DM tem prejudicado o acompanhamento clínico dos usuários e dificultado a UBS de atingir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, elencadas nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil, relativos a HAS e DM.

Tendo em vista isso, é primordial a implementação de triagem e acolhimento à demanda dos usuários, para que seja efetivado um rastreio e seguimento clínico adequados em relação à HAS e DM. Para isso foi organizada uma rotina de atendimento, visando que todo usuário maior que 18 anos tenha sua pressão arterial (PA) aferida em consultório ao menos uma vez ao ano e registrada em prontuário eletrônico e que todo usuário maior de 45 anos tenha realizado o exame de glicemia de jejum e hemoglobina glicada, ao menos uma vez ao ano e registrado o resultado em prontuário eletrônico. Além de que, os portadores de HAS e/ou DM previamente diagnosticadas ao serem acolhidos, dão a oportunidade para que nós possamos identificá-los para realizar exames periódicos de segmento clínico, como hemoglobina glicada e aferição da pressão arterial a cada 6 meses, conforme recomendação do Ministério da Saúde nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil.

Após a realização deste projeto de intervenção, espera-se que haja um aumento no número de pacientes com diagnóstico de HAS e DM e que haja um seguimento clínico adequado aos portadores dessas doenças, além, é claro, da melhoria dos índices dos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil ou de outra forma de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) definida pelo Ministério da Saúde. Isto posto, vê-se à importância desta intervenção para melhoria do atendimento ao usuário e elevação dos indicadores de saúde, pois o repasse financeiro da APS através do MS está diretamente relacionado a resultado desses indicadores.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A HAS é uma condição habitualmente assintomática, por isso deve ser avaliada em todo atendimento médico e em programas estruturados de triagem populacional. Todos os adultos (18 anos) devem ter a PA medida no consultório e registrada em seu prontuário médico e estar cientes dos valores aferidos. Se a aferição da PA no consultório for < 140x90 mmHg indica-se a medida da PA, anualmente (SBC, 2020). Sendo assim, vê-se que a implementação da aferição da PA na UBS local em pacientes assintomáticos e maiores que 18 anos é um mecanismo de rastreio efetivo para classificação e diagnóstico da HAS (tabela 1), sendo importante tal rastreio pois a HAS afeta 23,9% da população brasileira (IBGE, 2020).

Tabela 1 - Classificação de PA de acordo com a medição em consultório a partir de 18 anos.			
Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio I	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio II	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio III	≥ 180	e/ou	≥ 110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020

Sabe-se também que na história natural do DM, alterações fisiopatológicas precedem em muitos anos o diagnóstico da doença. Para o rastreamento, se for realizado sem a utilização prévia de questionários, devem ser testados indivíduos acima de 45 anos de idade ou, em qualquer idade, pacientes com sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial ou história familiar de DM tipo 2 (SBD, 2020). Portanto, a solicitação de exames de rastreio para DM na UBS local mostra-se importante para o diagnóstico precoce da doença, que acomete 7,7% dos adultos brasileiros maiores de 18 anos (IBGE, 2020), para que se previna as complicações macro e microvasculares, através da intervenção medicamentosa precoce e adequadas mudanças no estilo de vida do paciente.

Em relação ao DM, o intervalo de tempo recomendado para a repetição do rastreamento não foi determinado por nenhum estudo clínico. Parece razoável recomendar o teste anual para os pacientes com pré-diabetes ou com fatores de risco para desenvolvimento de DM2 (SBD, 2020). Deste modo, observa-se a

importância da solicitação de exames de rastreio e da sua repetição em intervalos periódicos, sendo de grande importância o registro desses resultados no prontuário eletrônico do cidadão (PEC-SUS) para diagnóstico e seguimento clínico. O diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus (DM) pode ser realizado por meio de glicemia de jejum, glicemia 2 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicada (HbA1c). Não existem outros testes laboratoriais validados e recomendados para essa finalidade (SBD, 2020) . Os valores adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes para cada um desses parâmetros encontram-se descritos na tabela 2.

Exame	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100 a 125	≥ 126
Glicemia 2 horas após TOTG com 75 g de glicose (mg/dl) ***	< 140	140 a 199	≥ 200
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	≥ 6,5

* ADA: American Diabetes Association;
 **SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes
 ***TOTG: teste oral de tolerância à glicose;

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020

Já em relação ao seguimento clínico dos pacientes previamente diagnosticados com HAS e/ou DM, é sabido que a aferição regular semestral da PA em pacientes hipertensos e a solicitação periódica semestral de hemoglobina glicada em pacientes diabéticos, e respectivos registros em prontuário eletrônico, melhoram o prognóstico clínico dos portadores dessas doenças crônicas, ajudam a atingir as metas terapêuticas estabelecidas por sociedades médicas, evitando assim os agravos que essas doenças podem causar a longo prazo, além de elevarem as pontuações da UBS local nas metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em seus indicadores de avaliação da assistência aos portadores de HAS e DM. Para análise dessas doenças crônicas, durante o período da intervenção proposta, todos os pacientes que relataram diagnóstico prévio de HAS e/ou DM e uso das respectivas medicações, tiveram a PA aferida em consultório e/ou solicitado o exame de hemoglobina glicada no semestre.

Um dos objetivos específicos do tratamento do paciente hipertenso é obter o controle pressórico alcançando a meta de pressão arterial (PA) previamente estabelecida. Tal meta deve ser definida individualmente, sempre considerando a idade e a presença de doença cardiovascular ou de fatores de risco. De forma geral, deve-se reduzir a PA visando alcançar valores menores que 140/90 mmHg e não inferiores a 120/70 mmHg (SBC, 2020), conforme metas da tabela 3.

Meta	Risco cardiovascular	
	Baixo ou moderado	Alto
PA sistólica (mmHg)	< 140	120 – 129
PA diastólica (mmHg)	< 90	70 – 79

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020

É objetivo do tratamento do paciente com diabetes mellitus (DM) o bom controle metabólico, diminuindo, assim, os riscos de complicações micro e macrovasculares. Na prática, para monitorar o controle glicêmico temos disponível a avaliação da hemoglobina glicada (HbA1c), as glicemias capilares diárias (que permitem o cálculo da glicemia média estimada), o desvio-padrão da média da glicemia (que ilustra a variabilidade glicêmica) e o tempo no alvo, isto é, aquele em que o paciente esteve dentro da faixa recomendada de glicemia. Recomenda-se que a HbA1c seja realizada a cada 3 a 4 meses em crianças e adolescentes, com no mínimo duas medidas anuais. Para adultos, com controles estáveis, sugerem-se duas medidas de HbA1c ao ano (SBD, 2020). A tabela 4 resume as principais metas de controle glicêmico e de HbA1c adotadas por diferentes sociedades científicas para adultos com DM.

Sociedade	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia pós-prandial (mg/dl)	HbA1c (%)
ADA	80 a 130	< 180	< 7,0
IDF	< 115	< 160	< 7,0
AACE	< 110	< 140	< 6,5
SBD	< 100	< 160	< 7,0

ADA: American Diabetes Association; IDF: International Diabetes Federation;
AACE: American Association of Clinical Endocrinologist; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar o rastreio e o seguimento clínico dos usuários com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, especificamente a HAS e o DM, conforme recomendações do Ministério da Saúde e Sociedades Médicas Brasileiras.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Objetivo específico I- Realizar o rastreio da hipertensão arterial sistêmica no público-alvo que frequentar a UBS.
2. Objetivo específico II– Realizar o rastreio do diabetes mellitus tipo 2 no público-alvo que frequentar a UBS.
3. Objetivo específico III- Alcançar as metas de seguimento clínico do DM elencadas pelo Ministério da Saúde em seus indicadores.
4. Objetivo específico IV– Alcançar as metas de seguimento clínico da HAS elencadas pelo Ministério da Saúde em seus indicadores.

5 METODOLOGIA

A falta de rastreio e de seguimento clínico adequado em relação à HAS e DM tem prejudicado o acompanhamento clínico dos usuários e dificultado a UBS e o município de atingirem as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, elencadas nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil, relativos a HAS e DM. Sendo assim, a implementação de rastreio e de seguimento clínico conforme recomendações do Ministério da Saúde e de Sociedades Médicas será implementado da seguinte forma:

1. Alcançar 100% de rastreio em adultos com idade 18 anos

I. Ação: Aferição de pressão arterial de adultos com idade 18 anos

II. Recursos: Esfigmomanômetro (calibrado) + estetoscópio

III. Prazo: 16 meses (janeiro 2023 a abril de 2024)

IV. Responsáveis: Médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

2. Alcançar 100% de rastreio em adultos com idade 45 anos

I. Ação: Solicitação de exames de rastreio (Glicemia de jejum + Hb glicada)

II. Recursos: Material de coleta de exames laboratoriais

III. Prazo: 16 meses (janeiro 2023 a abril de 2024)

IV. Responsáveis: Médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

3. Alcançar 50% ou mais dos pacientes diabéticos, com consulta e solicitação de hemoglobina glicada solicitada no semestre.

I. Ação: Consulta ambulatorial + busca ativa de pacientes

II. Recursos: Acesso ao PEC-SUS + Exame laboratorial de hemoglobina glicada

III. Prazo: 16 meses (janeiro 2023 a abril de 2024)

IV. Responsáveis: Médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde.

4. Alcançar 50% ou mais dos pacientes hipertensos, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

I. Ação: Consulta ambulatorial + aferição de pressão + busca ativa de pacientes

II. Recursos: Acesso ao PEC-SUS + Esfigmomanômetro (calibrado) + Estetoscópio

III. Prazo: 16 meses (janeiro 2023 a abril de 2024)

IV. Responsáveis: Médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde.

6 RESULTADOS ESPERADOS

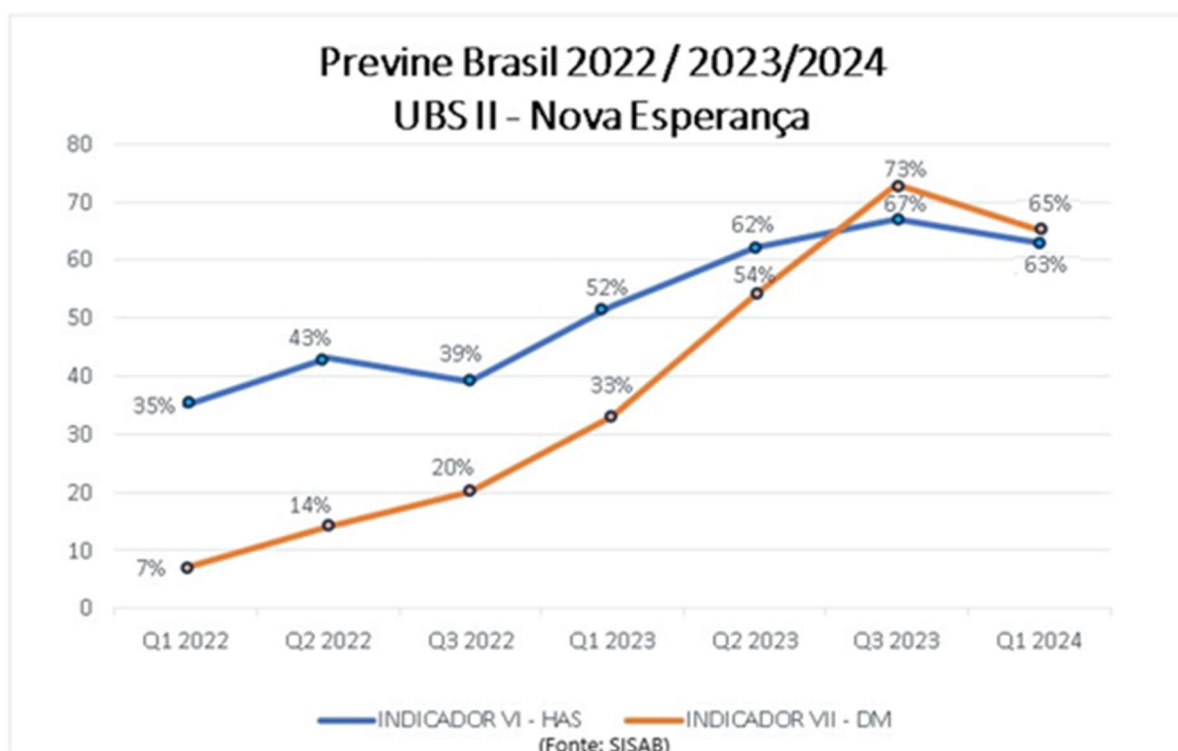
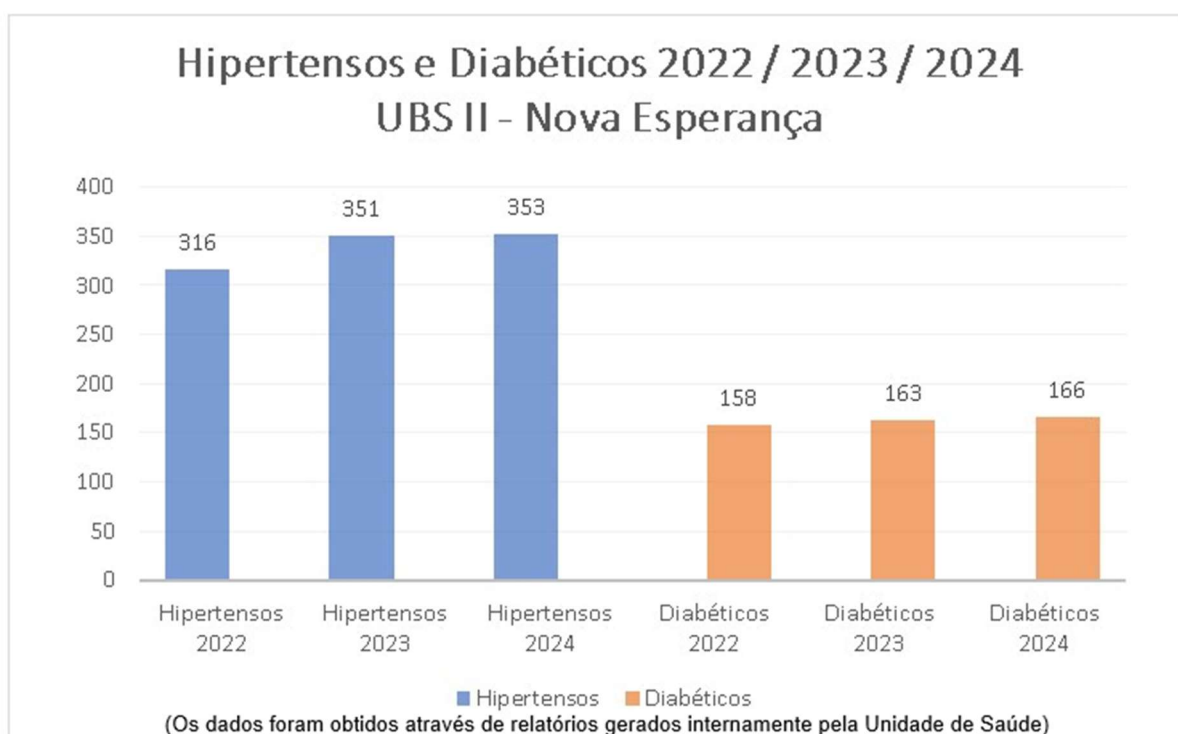
A falta de um sistema de acolhimento e triagem adequados prejudicava tanto o diagnóstico de doenças crônicas de alta prevalência na atenção básica, quanto o acompanhamento de pessoas previamente diagnosticadas. Sendo assim, espera-se que o projeto de intervenção implantado melhore o rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) na unidade local, aumentando assim o número de hipertensos e diabéticos atendidos na área adscrita, bem como otimize o seguimento clínico das pessoas com as referidas doenças.

Implementando o acolhimento e a triagem de risco, além da realização de rastreamento durante o período proposto, espera-se uma melhora na qualidade do atendimento e no seguimento desses pacientes, reduzindo agravos dessas doenças como, por exemplo, acidentes vasculares cerebrais, infartos agudos do miocárdio e amputação de membros em pacientes diabéticos, além da evolução esperada nos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil.

É evidente que modificar a rotina de uma equipe traz algumas dificuldades, entretanto com trabalho em equipe e cooperação de todos, esperamos efetivar as mudanças necessárias para implementação do Projeto de Intervenção proposto. Nessa perspectiva, é primordial efetivar o acolhimento a demanda local e triagem de risco, fazer o rastreamento de HAS e DM conforme recomendações do Ministério da Saúde, bem como melhorar o seguimento clínico de pacientes com essas doenças crônicas, para que se tenha como resultado aquilo que se espera da atenção primária, que é promover saúde, prevenir doenças e reduzir agravos, além de melhorar os indicadores de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde em seus programas de avaliação da qualidade da assistência na atenção primária à saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, as ações realizadas durante o período de intervenção se mostraram efetivas em seus resultados, tendo em vista a análise dos dados apresentados, tanto no que se refere ao número de usuários diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, quanto ao percentual de pacientes com seguimento clínico semestral adequado, conforme recomendações do Ministério da Saúde.



Apesar das dificuldades encontradas no que se refere a mobilização de toda equipe para efetivar as mudanças necessárias à realização da intervenção, além da dificuldade do custeio municipal dos exames solicitados, nota-se que houve um aumento no número de hipertensos e diabéticos e elevação nos percentuais dos indicadores de saúde elencados pelo Ministério da Saúde no Programa Previne Brasil, durante o período em que a intervenção foi realizada, sendo inclusive atingindo a meta proposta no referido programa.

Isto posto, é de suma importância a continuidade das medidas adotadas e a contínua motivação e envolvimento dos profissionais da equipe para o efetivo rastreamento de doenças e melhor seguimento clínico da população assistida na área adscrita. Ou seja, a manutenção da estrutura e a continuidade da rotina estabelecida durante o período da intervenção, beneficiará tanto a população, que vai ter uma assistência à saúde de melhor qualidade, quanto os profissionais da UBS local e município, que prestarão um serviço mais qualificado. Além disso, possibilitará o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em seus programas de assistência à saúde, fato que acarretará mais recursos financeiros ao município, pois o repasse do Ministério da Saúde se baseia no desempenho desses indicadores.

8 REFERÊNCIAS

IBGE, I. B. d. G. e. E. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 6-113 p. ISBN 978-65-87201-33-7.

IBGE, I. B. d. G. e. E. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados / IBGE**, Coordenação Técnica do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MS, M. d. S. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. 2019. Disponível em: [Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019 — Ministério da Saúde](#) Acesso em: [Portaria nº 2.979, 12 de Novembro de 2019.pdf](#)

SBC, S. B. d. C. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial- Edição 2020**. 2020. Disponível em: [Diretriz-HAS-2020.pdf](#)

S. B. d. D. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes– Edição 2020**. 2020. Disponível em: [Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf](#)