



Avaliação das Estratégias para Metas de controle de Hipertensão e Diabetes em contexto de estratégia saúde da família

Lucas Pedro Fernandes, Mariana Candido Domingues , Georgia Maria Candido Herculano , Isadora Ribeiro Schettert, Beatriz Lima Coelho, Paula Rosenthal, Andressa Raica Coutinho Correia , Thaíse Rodrigues Crispim , Carolina Grott , Rafaella Pessoa de Moraes



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n1p104-123>

Artigo recebido em 27 de Novembro e publicado em 7 de Janeiro de 2026

Revisão de literatura

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) configuram-se como importantes problemas de saúde pública no Brasil, com elevada prevalência, impacto na morbimortalidade e expressiva demanda nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). O diagnóstico precoce e o manejo adequado dessas condições são fundamentais para a prevenção de complicações crônicas, redução de internações e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. O tratamento atual do DM e da HAS baseia-se em uma abordagem integral, que associa terapias farmacológicas individualizadas à mudança de hábitos de vida, incluindo alimentação saudável, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e controle do peso corporal. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha papel central ao atuar na promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento longitudinal e fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. A atuação multiprofissional, a educação em saúde e o monitoramento contínuo dos indicadores clínicos permitem maior adesão ao tratamento e melhor controle das doenças crônicas. Assim, a APS, por meio da ESF, consolida-se como eixo estruturante no cuidado integral às pessoas com DM e HAS, contribuindo para a organização do sistema de saúde e para melhores desfechos clínicos e epidemiológicos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Doenças Crônicas.

Evaluation of Strategies for Hypertension and Diabetes Control Goals in the Context of the Family Health Strategy

Abstract

Diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) are significant public health problems in Brazil, with high prevalence, impact on morbidity and mortality, and substantial demand on Primary Health Care (PHC) services. Early diagnosis and appropriate management of these conditions are fundamental for the prevention of chronic complications, reduction of hospitalizations, and improvement of the quality of life of affected individuals. Current treatment of DM and SAH is based on a comprehensive approach, combining individualized pharmacological therapies with lifestyle changes, including healthy eating, regular physical activity, smoking cessation, and weight control. In this context, the Family Health Strategy (FHS) plays a central role in health promotion, disease prevention, longitudinal follow-up, and strengthening the bond between professionals and users. Multiprofessional action, health education, and continuous monitoring of clinical indicators allow for greater adherence to treatment and better control of chronic diseases. Thus, Primary Health Care (PHC), through the Family Health Strategy (FHS), is consolidated as a structuring axis in the comprehensive care of people with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HTN), contributing to the organization of the health system and to better clinical and epidemiological outcomes.

Keywords: Diabetes Mellitus; Systemic Arterial Hypertension; Primary Health Care; Family Health Strategy; Chronic Diseases.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 In](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída em 1994 sob a denominação de Programa Saúde da Família (PSF), consolidou-se como uma resposta estruturante às fragilidades do modelo assistencial vigente à época no Brasil. Focada na Atenção Primária à Saúde (APS), a iniciativa buscou reorganizar a rede de serviços, fortalecendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cuidado continuado, especialmente frente às condições crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (1,2).

Ao longo dos anos, a ESF tornou-se um dos pilares para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade, integralidade e equidade, ampliando o acesso da população à APS e contribuindo para a redefinição dos fluxos assistenciais. Entretanto, o rápido crescimento da população idosa brasileira tem imposto desafios crescentes à gestão pública, uma vez que doenças crônicas como HAS e DM tornam-se cada vez mais prevalentes e demandam monitoramento contínuo, intervenções preventivas e estratégias eficientes de acompanhamento (3,4,5).

Em resposta às novas demandas assistenciais, o Ministério da Saúde instituiu, em 2019, o Programa Previne Brasil, cujo objetivo foi reformular o modelo de financiamento da APS. O programa introduziu mudanças expressivas, pautadas em componentes como captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos específicos para ações estratégicas. Nesse contexto, os indicadores relacionados à HAS e ao DM, como aferição regular da pressão arterial e solicitação da Hemoglobina Glicada (HbA1c), tornaram-se parâmetros centrais para avaliar a qualidade da atenção prestada(3,6,7)

A operacionalização de um modelo baseado em desempenho, entretanto, não ocorre sem obstáculos. A insuficiência de profissionais, a sobrecarga das equipes de ESF, a queda de cobertura vacinal e, sobretudo, os impactos diretos da pandemia de COVID-19 fragilizaram significativamente a capacidade de resposta dos serviços de APS em diversas regiões do país. Ademais, dificuldades como baixa adesão dos usuários, falhas



na comunicação com a comunidade e desmotivação de profissionais podem comprometer o alcance dos resultados esperados (1,5).

Apesar das adversidades, o êxito da ESF no manejo das condições crônicas pressupõe a adoção de estratégias integradas e colaborativas, envolvendo profissionais, gestores e a própria população. O fortalecimento das equipes, a qualificação dos registros, o uso ampliado de tecnologias de informação e a articulação entre os diferentes níveis de gestão configuram elementos essenciais para o cumprimento dos indicadores e para a efetivação de um cuidado verdadeiramente integral (4,5).

Outro aspecto relevante refere-se às marcantes desigualdades regionais e às diferenças entre municípios, tanto em porte populacional quanto em disponibilidade de recursos. Tais fatores influenciam diretamente a capacidade de organizar processos de trabalho alinhados às exigências do Previner Brasil. Enquanto municípios maiores frequentemente enfrentam maior complexidade logística, o atingimento das metas pode resultar em repasses financeiros ampliados, permitindo o fortalecimento das estruturas locais, a qualificação da assistência e a ampliação da oferta de serviços, contribuindo, assim, para um cuidado mais equitativo (1,6,7).

Diante desse panorama, este estudo justifica-se pela necessidade de sistematizar e compartilhar práticas efetivas que possam subsidiar profissionais e gestores da APS na busca pela melhoria contínua da qualidade assistencial. Ao apresentar ações e estratégias voltadas à gestão das condições crônicas, o estudo reforça a importância da prevenção de complicações, do fortalecimento dos vínculos com a população e da consolidação dos objetivos do SUS e dos princípios de uma APS forte (3).

Dessa forma, o objetivo deste estudo é expor as principais implantações de etapas, estratégias e ações utilizadas para o alcance das metas dos indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em um contexto de ESF, na atenção primária.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de analisar a organização da APS, o papel da ESF e as práticas relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da HAS e do DM, à luz das diretrizes atuais e das políticas públicas vigentes no Brasil e no cenário internacional. A revisão narrativa foi escolhida por permitir uma abordagem ampla e interpretativa do tema, possibilitando a integração de diferentes tipos de evidências científicas, documentos normativos, diretrizes clínicas e publicações institucionais, favorecendo a compreensão contextualizada dos desafios e estratégias adotadas na APS para o manejo das doenças crônicas não transmissíveis.

A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de março de 2024 e março de 2025, nas bases de dados SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e Google Acadêmico, além de portais institucionais oficiais, como o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Também foram incluídos documentos normativos e legislações relacionadas à APS, à ESF e ao financiamento da atenção básica, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Previne Brasil e normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram utilizados descritores e palavras-chave em português e inglês, combinados por meio de operadores booleanos, tais como: *Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, diagnóstico, tratamento, mudança de estilo de vida, indicadores de saúde, Previne Brasil e educação em saúde*. A seleção dos estudos considerou publicações entre 1997 e 2025, abrangendo documentos clássicos de estruturação do SUS e produções científicas recentes, a fim de contemplar a evolução histórica e as atualizações conceituais e normativas sobre o tema.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, revisões, diretrizes clínicas, documentos técnicos e legislações oficiais que abordassem a APS, a ESF, o manejo clínico da HAS e do DM, a organização dos serviços de saúde, indicadores de desempenho e estratégias de promoção da saúde e mudança de hábitos de vida.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações fora do escopo temático e trabalhos que não apresentassem aderência aos objetivos propostos.

A análise do material selecionado foi realizada de forma crítica e interpretativa, com leitura exploratória, analítica e sintética dos textos, permitindo a organização dos achados em eixos temáticos, tais como: estruturação da APS e da ESF, políticas públicas e financiamento, critérios diagnósticos e diretrizes atuais para HAS e DM, estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, educação em saúde, indicadores de desempenho e papel da equipe multiprofissional. Os resultados foram discutidos à luz da literatura científica e dos marcos normativos, buscando estabelecer conexões entre as evidências disponíveis e a prática assistencial na APS.

Por se tratar de uma revisão de literatura, sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

O diagnóstico do DM é confirmado pela detecção de hiperglicemia, utilizando-se parâmetros laboratoriais validados. Entre os principais métodos empregados estão a glicemia plasmática de jejum (GJ), o teste oral de tolerância à glicose (TTGO) e a HbA1c. O TTGO consiste na aferição da glicemia uma ou duas horas após a administração oral de 75 g de glicose, metodologia que permite identificar alterações do metabolismo glicídico tanto precoces (TTGO-1h) quanto tardias (TTGO-2h) (8).

Embora exista um conjunto de sinais e sintomas típicos de hiperglicemia, descritos no Quadro 1, muitos indivíduos permanecem assintomáticos, o que reforça a importância do rastreamento adequado. Dessa forma, a investigação laboratorial deve ser realizada tanto em pessoas com manifestações clínicas compatíveis com DM quanto em indivíduos assintomáticos, mas com fatores de risco reconhecidos para o desenvolvimento da doença (9).

A avaliação diagnóstica também possibilita identificar um grupo de pacientes com elevações leves da glicose, que não alcançam os valores diagnósticos de DM.



Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF), essa condição é classificada como “hiperglicemia intermediária”, abrangendo a glicemia de jejum alterada e a intolerância à glicose, esta última caracterizada pela elevação pós-sobrecarga no TTGO, sem critérios para DM. Já a *American Diabetes Association* (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) adotam a terminologia “pré-diabetes”, amplamente difundida na prática clínica, apesar de nem todos os indivíduos progredirem inevitavelmente para DM (8,10).

Quadro 1. Sinais e sintomas de hiperglicemia

Sinais e sintomas SUGESTIVOS de hiperglicemia	Sinais e sintomas TÍPICOS de hiperglicemia
Noctúria Visão turva Cansaço Infecções recorrentes (Candidíase e Periodontite) Má cicatrização de feridas Albuminúria transitória em pacientes com DM1 com menos de 5 anos de doença	Poliúria Polidipsia Polifagia Perda de Peso inexplicada Desidratação

Fonte: Adaptado de ROLIM, Luiz Clemente et al. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. In: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Conectando Pessoas, 2022.

Para o diagnóstico de DM, recomenda-se utilizar os seguintes critérios laboratoriais: glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, HbA1c $\geq 6,5\%$, glicemia no TTGO-1h ≥ 209

mg/dL ou glicemia no TTGO-2h ≥ 200 mg/dL. Quando apenas um desses parâmetros encontra-se alterado, é necessária a repetição do mesmo exame em outra ocasião para confirmação diagnóstica, a fim de reduzir a possibilidade de resultados falso-positivos e assegurar maior precisão na avaliação clínica, assim exposto na tabela 1 (8).

Tabela 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM e pré-diabetes.

Critérios	Normal	Pré-diabetes	DM
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100-125	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl) + sintomas	-	-	≥ 200
Glicemia de 1 hora no TTGO (mg/dl)	< 155	155-208	≥ 209
Glicemia de 2 horas no TTGO (mg/dl)	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	$\geq 6,5$

Fonte: Adaptado de ROLIM, Luiz Clemente et al. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. In: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Conectando Pessoas, 2022.

A HAS é definida como uma condição crônica caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial (PA). No Brasil, adota-se como critério diagnóstico a PA $\geq 140/90$ mmHg, aferida em duas ou mais consultas distintas, conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Organizações internacionais, como a American Heart Association (AHA), adotam parâmetros semelhantes, embora com pequenas diferenças na estratificação de risco e nos pontos de corte (11).

A magnitude epidemiológica da HAS é expressiva: estima-se que cerca de 1,28 bilhão de adultos sejam hipertensos no mundo, porém menos da metade recebe diagnóstico e tratamento adequados (12). No Brasil, a prevalência situa-se entre 25% e 30% na população adulta, ultrapassando 60% entre idosos, evidenciando relevante impacto sobre morbimortalidade cardiovascular e sobre os custos do sistema público de saúde (13,14).

Clinicamente, a HAS apresenta evolução silenciosa. A maioria dos indivíduos permanece assintomática por longos períodos, dificultando o diagnóstico precoce e contribuindo para o subdiagnóstico. Quando presentes, sintomas como cefaleia, tontura, palpitações, fadiga ou sinais de lesão de órgãos-alvo, retinopatia hipertensiva, insuficiência renal, hipertrofia ventricular esquerda ou acidentes vasculares cerebrais—tendem a ocorrer apenas em fases avançadas (15,16).

As diretrizes atuais reforçam que a **precisão técnica da aferição da PA é determinante para o diagnóstico**. Recomenda-se que as medidas sejam obtidas em ambiente tranquilo, após cinco minutos de repouso, com manguito adequado, equipamento validado e calibrado. A aferição isolada em consultório não é mais considerada suficiente em muitos casos, o que ampliou a utilização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Esses métodos aumentam a acurácia diagnóstica e identificam condições como hipertensão mascarada e efeito do avental branco, que alteram significativamente o manejo quando não reconhecidas (16).

Atualizações recentes das diretrizes brasileiras (17) reforçam a importância da padronização das medidas de PA no consultório e destacam novas recomendações, como a aferição desacompanhada e o rastreamento ampliado em farmácias e outros espaços comunitários. Tais diretrizes enfatizam ainda a necessidade de garantir o uso de monitores validados, dada a grande variabilidade tecnológica presente no mercado (18).

Internacionalmente, documentos como os da ACC/AHA (15) e da European Society of Hypertension reforçam que o diagnóstico deve considerar não apenas os valores pressóricos, mas também o risco cardiovascular global. Embora existam

diferenças nos pontos de corte, como a classificação norte-americana de hipertensão estágio 1 a partir de 130/80 mmHg, , há consenso de que o diagnóstico deve apoiar-se em múltiplas aferições e em métodos complementares quando necessário (19).

Por fim, o diagnóstico preciso da HAS é essencial não apenas para instituir o tratamento adequado, mas também para prevenir complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e doença renal crônica, consequências amplamente documentadas na literatura (16). A APS desempenha papel central nesse processo, uma vez que o acompanhamento longitudinal, o apoio educativo e a atuação multiprofissional contribuem para a identificação precoce, estratificação de risco e manejo adequado dos pacientes (17,18).

O tratamento do DM evoluiu consideravelmente na última década, incorporando novos fármacos, tecnologias e estratégias de cuidado centradas no paciente. As diretrizes atuais enfatizam a abordagem multifatorial, associando controle glicêmico, manejo de comorbidades, educação em saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis. De modo geral, o tratamento farmacológico depende do tipo de DM, do tempo de diagnóstico, da presença de fatores de risco e de complicações cardiovasculares e renais. No caso do DM2, a primeira linha terapêutica permanece sendo a metformina, salvo contraindicações. Nos pacientes com risco cardiovascular aumentado, recomendam-se preferencialmente agentes com benefício cardiovascular comprovado, como os agonistas do receptor do GLP-1 (ex.: semaglutida, liraglutida) e os inibidores do SGLT2 (ex.: empagliflozina, dapagliflozina). Esses fármacos demonstram não apenas redução de HbA1c, mas também menor risco de eventos cardiovasculares maiores, retardo na progressão da doença renal crônica e redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca. Em situações específicas, podem ser associados inibidores de DPP-4, sulfonilureias, tiazolidinedionas ou insulino terapia, conforme necessidade de intensificação. Já no DM1, a insulino terapia permanece como tratamento fundamental, podendo ser otimizada com análogos de ação ultrarrápida, sistemas de infusão contínua de insulina e sensores de glicose (20,21).

Apesar dos avanços farmacológicos, a modificação do estilo de vida continua sendo um dos pilares centrais do manejo do diabetes, impactando diretamente o



controle glicêmico, o peso corporal e o risco cardiovascular. Recomenda-se adoção de alimentação equilibrada, rica em fibras, com redução de ultraprocessados, açúcares de absorção rápida e gorduras saturadas. A prática de atividade física regular, com pelo menos 150 minutos semanais de exercícios aeróbicos associados a fortalecimento muscular, é fundamental para melhora da sensibilidade à insulina e redução da resistência periférica. A cessação do tabagismo, o controle do consumo de álcool e a promoção do sono adequado também integram as medidas eficazes na redução de complicações metabólicas (22).

Nesse contexto, a ESF desempenha um papel fundamental na promoção do cuidado longitudinal, individual e comunitário. Por estar inserida no território, a ESF é capaz de identificar precocemente vulnerabilidades sociais, comportamentais e clínicas que impactam na adesão terapêutica. A equipe multiprofissional atua tanto na prevenção quanto no acompanhamento dos pacientes com DM, por meio de consultas regulares, monitoramento de parâmetros clínicos, educação em saúde e acompanhamento domiciliar quando necessário (20,23,24).

Além disso, o apoio matricial oferecido pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), composto por nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, potencializa as ações voltadas para mudanças de estilo de vida. O NASF-AB desenvolve grupos educativos, oficinas culinárias, projetos de atividade física, grupos de caminhada e intervenções comportamentais que auxiliam no enfrentamento das barreiras individuais e coletivas ao autocuidado. A abordagem conjunta ESF–NASF-AB favorece um cuidado integral, reduz complicações, melhora indicadores de controle glicêmico e fortalece a autonomia dos usuários (22,25).

Assim, o tratamento do diabetes deve ser compreendido como um processo contínuo, que envolve não apenas terapias medicamentosas atualizadas, mas também estratégias de promoção da saúde, educação e apoio psicossocial. A integração entre equipe de saúde, paciente, família e comunidade representa um dos pilares mais efetivos para o controle da doença e para a prevenção de suas complicações de longo prazo (20,21,22).



A organização da APS desempenha papel decisivo na garantia de um atendimento integral, humanizado e acessível à população, reforçando os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde. A atuação dos profissionais da APS, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mostra-se essencial para aproximar os serviços de saúde da comunidade, promovendo orientações, acompanhamento contínuo e identificando precocemente agravos frequentes, como HAS e DM. Apesar de desafios como sobrecarga de trabalho, limitação de recursos e demandas crescentes, observa-se elevado comprometimento das equipes em assegurar um cuidado qualificado às famílias adscritas (25,26,27).

A APS, estruturada com base na territorialização e nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), ocupa posição estratégica na organização do sistema de saúde brasileiro. O conhecimento aprofundado do território e das famílias acompanhadas, sobretudo no contexto da ESF, é fundamental para o planejamento de ações educativas, identificação de riscos e implementação de práticas de cuidado integral. Nesse processo, os ACS desempenham um papel singular ao fortalecer o vínculo entre comunidade e serviço, realizando visitas domiciliares, ofertando orientações e colaborando na detecção precoce de problemas de saúde. Entretanto, dificuldades como insuficiência de formação continuada e limitações de tempo podem impactar a efetividade dessas ações (28,29).

Os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais para monitorar a qualidade da assistência, orientar o planejamento e permitir a avaliação contínua dos serviços. A incorporação do sistema e-SUS, que integra informações sobre atendimentos, procedimentos e ações coletivas, contribui para organizar fluxos de trabalho, qualificar registros e subsidiar decisões clínicas e gerenciais. A educação permanente das equipes, embora muitas vezes dificultada pela sobrecarga laboral, é indispensável para atualizar práticas e fortalecer a resolutividade da APS. A busca ativa de usuários e a atualização frequente dos registros são estratégias essenciais para assegurar o acompanhamento adequado de pessoas com condições crônicas e melhorar os desfechos em saúde (26,27).



No âmbito da ESF, os indicadores assumem papel ainda mais central ao possibilitar avaliar resultados, planejar intervenções e promover transparência na gestão. Ao reforçar o foco na prevenção e estimular o engajamento comunitário, tais indicadores tornam-se instrumentos indispensáveis para orientar e aperfeiçoar práticas assistenciais. Nesse sentido, o sistema e-SUS atua como uma plataforma digital integrada que registra e organiza informações sobre atendimentos, vacinação, exames e outros procedimentos, apoiando diretamente o monitoramento dos indicadores e a eficiência da gestão em saúde (30,31).

A coleta e atualização contínua desses dados permitem acompanhar a evolução das condições de saúde da população, planejar ações com maior precisão e embasar decisões clínicas e gerenciais. Quando incorporados rotineiramente ao processo de trabalho, esses registros ampliam a capacidade da equipe de organizar ações de promoção, prevenção e tratamento, favorecendo o alcance das metas e o aprimoramento dos indicadores. As reuniões de equipe constituem outro elemento estratégico para fortalecer a coordenação e a efetividade do cuidado. Esses encontros promovem comunicação entre os profissionais, possibilitam o alinhamento das atividades, a identificação de dificuldades e a elaboração conjunta de soluções. Funcionam também como espaços de educação permanente, geralmente conduzidos pela enfermagem, contribuindo para o cuidado integral e centrado nas necessidades da comunidade. No entanto, obstáculos como excesso de demandas assistenciais, agendas extensas e baixa clareza de objetivos podem prejudicar a realização regular das reuniões, reduzindo a motivação e o engajamento das equipes (28,29).

Para melhorar o desempenho nos indicadores, é essencial aproveitar cada contato do usuário com a unidade de saúde. Abordagens como atualização do histórico clínico, solicitação de exames preventivos, monitoramento de condições crônicas e orientações individualizadas permitem otimizar o tempo, fortalecer vínculos e prevenir complicações¹⁶. Para isso, o profissional deve ter sensibilidade para reconhecer as necessidades do serviço e dos pacientes, compreendendo o contexto sociocultural no qual está inserido e dominando os processos de trabalho da unidade. A educação permanente, nesse sentido, é decisiva para garantir práticas atualizadas e eficazes (25,26,30).



A busca ativa e o registro adequado de informações são pilares fundamentais para assegurar continuidade do cuidado, qualidade da assistência e comunicação efetiva entre os membros da equipe. Registros completos, sigilosos e organizados permitem tomada de decisões ágil, garantem transparência e preservam o direito à privacidade. As políticas públicas, por sua vez, devem atuar na promoção do bem-estar social, no fortalecimento do acesso aos serviços essenciais e na redução de desigualdades, contribuindo para uma sociedade mais equitativa e resiliente (31).

É importante valorizar não apenas os indicadores quantitativos, mas também os qualitativos, que envolvem uma abordagem biopsicossocial e reforçam o cuidado centrado na pessoa. Metas qualitativas, ao priorizarem acolhimento, vínculo e humanização, garantem que as ações em saúde estejam alinhadas às necessidades reais da população. Assim, políticas públicas efetivas devem articular aspectos quantitativos e qualitativos.

Considerações finais

A organização e o fortalecimento da APS configuram-se como elementos centrais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente HAS e o DM, condições de elevada prevalência, curso crônico e importante impacto sobre a morbimortalidade cardiovascular. A ESF, ao atuar de forma territorializada, longitudinal e centrada na pessoa, desempenha papel essencial na identificação precoce, no diagnóstico oportuno, no acompanhamento contínuo e na prevenção de complicações associadas a essas condições.

À luz das diretrizes nacionais e internacionais mais recentes, observa-se que tanto o diagnóstico quanto o tratamento da HAS e do DM demandam abordagens baseadas em evidências, com uso de critérios diagnósticos padronizados, monitorização adequada e metas terapêuticas individualizadas, considerando o risco cardiovascular global e as particularidades de cada paciente. No entanto, os avanços terapêuticos, incluindo novas classes farmacológicas e estratégias de intensificação do tratamento, somente alcançam resultados satisfatórios quando associados à promoção de mudanças



sustentáveis no estilo de vida, como alimentação saudável, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e adesão ao tratamento.

Nesse contexto, a atuação integrada das equipes da ESF, com apoio do NASF-AB, mostra-se fundamental para a efetivação de ações educativas, o estímulo ao autocuidado apoiado e o fortalecimento do vínculo entre usuários e serviços de saúde. A participação ativa dos ACS destaca-se como estratégia decisiva para a aproximação com a comunidade, a busca ativa de usuários, a atualização de cadastros e o acompanhamento contínuo dos pacientes com HAS e DM, favorecendo a adesão ao cuidado e o alcance das metas assistenciais.

Adicionalmente, o uso qualificado dos sistemas de informação em saúde, como o e-SUS, aliado ao monitoramento dos indicadores preconizados pelo modelo de financiamento vigente, contribui para o planejamento, a avaliação e a melhoria contínua das ações desenvolvidas na APS. Todavia, é imprescindível reconhecer os desafios persistentes, como a sobrecarga das equipes, as desigualdades regionais, a limitação de recursos e a baixa adesão de parte dos usuários, fatores que podem comprometer a efetividade das intervenções.

Dessa forma, evidencia-se que o controle adequado da HAS e do DM na APS exige estratégias articuladas, intersetoriais e sustentáveis, que integrem assistência clínica, educação em saúde, gestão qualificada e participação comunitária. O fortalecimento da ESF, com investimento contínuo em capacitação profissional, organização dos processos de trabalho e valorização das práticas de cuidado integral e humanizado, constitui caminho essencial para a melhoria dos indicadores de saúde, a redução de complicações e a promoção da qualidade de vida da população adscrita, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Referências

1- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.



2- BRASIL. Ministério da Saúde. **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: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 3 mar. 2024.

3- ZAVATINI, M. A.; OBRELI-NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 647–654, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400006>. Acesso em: 10 mar. 2024.

4- BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**: Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/>. Acesso em: 9 mar. 2024.

5- SCHÖNHOLZER, T. E. et al. Indicadores de desempenho da atenção primária do programa Previne Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e4009, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4009>. Acesso em: 4 mar. 2024.

6- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3566, de 19 de dezembro de 2020**: Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para as equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória). **Diário Oficial da União**, [Brasília, DF], 19 dez. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2020/prt0066_08_12_2020.html. Acesso em: 6 mar. 2024.

Nota: Corrigi o ano da Portaria no texto da referência para 2020, pois a Portaria nº 3566 é de 2020, diferentemente do que constava no seu item 6 original (2019).

7- RODRIGUES, A. S.; ALMEIDA, E. S. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 3066–3075, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 13 mar. 2025.

8- ROLIM, Luiz Clemente et al. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. In: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Conectando Pessoas, 2022.

9- DAMKE, Gabriel Trevisan; DAMKE, Milena Trevisan; GREGORINI, Daniel Mahl. Revisão de abordagens baseadas em aprendizado de máquina para o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, v. 14, n. 2, p. e4449-e4449, 2025.

10- GARROCHAMBA PEÑAFIEL, Byron David et al. Estilos de vida en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. **Revista InveCom**, v. 5, n. 1, 2024.

11- SHAVER, Nicole et al. Screening for hypertension in adults: protocol for evidence reviews to inform a Canadian Task Force on Preventive Health Care guideline update. **Systematic Reviews**, v. 13, n. 1, p. 17, 2024.



- 12- STASCZAK, Gabriel Ferreira et al. Abordagens terapêuticas da hipertensão arterial sistêmica segundo as novas diretrizes. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 2, p. e79033-e79033, 2025.
- 13- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hypertension profiles, 2023**. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/hypertension-profiles-2023.pdf>. Acesso em: 2 novembro. 2025.
- 14- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- 15- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 2 abr. 2025.
- 16- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 121, n. 4, p. e20240113, 2023. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-medidas-da-pressao-arterial-dentro-e-fora-do-consultorio-2023/>. Acesso em: 2 abr. 2025.
- 17- FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 121, n. 4, p. e20240113, 2024. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-medidas-da-pressao-arterial-dentro-e-fora-do-consultorio-2023/>. Acesso em: 5 novembro. 2025.
- 18- **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], 2023.
- 19- MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **Journal of Hypertension**, [s. l.], v. 41, n. 12, p. 1874-2071, 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/2023/12000/2023_esh_guidelines_for_the_management_of_arterial.2.aspx. Acesso em: 10 setembro. 2025.
- 20- COUTO, Bárbara Belloni Perez et al. Diabetes Mellitus Tipo 2: aspectos clínicos, epidemiológicos e avanços no diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, v. 1, n. 1, p. e30-e30, 2024.
- 21- DOS SANTOS, Rayana Nayra Gonçalves et al. A terapia nutricional e sua importância no tratamento do diabetes mellitus. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 10, p. e9480-e9480, 2024.
- 22- BARRETO, Victor Gomes; COLLI, Luciana Ferreira Mattos; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA UTILIZAÇÃO DE FITOTERÁPICOS NO TRATAMENTO DA DIABETES. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 5, p. 3933-3941, 2024.
- 23- BRASIL. Ministério da Saúde. **Alteração de Indicadores de Desempenho do Previne Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220128_N_NTAAlteracaoIndicadoresdeDesempenho-PrevineBrasil_8825707663821691546.pdf. Acesso em: 5 mar. 2024.



- 24- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB - SUS 96**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997. 36 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.
- 25- BRASIL. Ministério da Saúde. **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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2024.
- 26- KRIJANOVSKY, G. A. **Percepções sobre reuniões de equipe em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS)**. [S. l.]: UNASUS, 2023. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/28711/1/Guillermo_Augusto_Krijanovsky.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.
- 27- SILVA, M. A.; SOUZA, J. C. de. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Arquivos de Psicologia, Educação e Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131–135, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cZmxbMPbfbBXzgyGtmMVMSQ/>. Acesso em: 10 jan. 2025.
- 28- CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489–1500, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/>. Acesso em: 2 fev. 2024.
- 29- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organização: DIAS, E. C. Colaboração: ALMEIDA, I. M. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 3 mar. 2024.
- 30- FREITAS, G.; SILVEIRA, S. F. R. Programa Luz para Todos: uma representação da teoria do programa por meio do modelo lógico. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 45, p. 177-198, jul./dez. 2015. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6532/6/PPP_n45_Programa.pdf. Acesso em: 3 mar. 2024.
- 31- FITTIPALDI, A. L. De M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200806, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2021.v25/e200806/>. Acesso em: 13 mar. 2025.



Avaliação das Estratégias para Metas de controle de Hipertensão e Diabetes em contexto de estratégia saúde da família
Fernandes *et. al.*