

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLOS HENRIQUE GARCIA

**BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS A ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO ATRAVÉS DO CUIDADO CONTINUADO**

Belo Horizonte/MG

2015

CARLOS HENRIQUE GARCIA

**BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS A ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO ATRAVÉS DO CUIDADO CONTINUADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Belo Horizonte/MG

2015

CARLOS HENRIQUE GARCIA

**BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS A ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO ATRAVÉS DO CUIDADO CONTINUADO**

Banca examinadora

Examinador 1:

Examinador 2:

Aprovada em Belo Horizonte em

RESUMO

O objetivo deste estudo foi desenvolver um projeto de intervenção visando atuar sobre a adesão ao tratamento medicamentoso ou não. Foi feita uma revisão narrativa de literatura, nas bases de dados BVS, Portal CAPES e COCHRANE, usando os descritores hipertensão, cooperação do paciente, adesão à medicação e cuidado periódico. Após a revisão foi elaborado um projeto de intervenção tendo como referência o Planejamento Estratégico Situacional, descrito no módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Espera-se com este projeto estimular o conhecimento dos pacientes sobre o autocuidado e o cuidado continuado e estimular a adesão aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso, com redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida.

Palavras chave: hipertensão, cooperação do paciente, adesão a medicação, cuidado periódico

ABSTRACT

The objective of this study was to develop an intervention project to act on the adherence to drug treatment or not. A literature narrative revision was made in the VHL databases, CAPES Portal and COCHRANE, using the descriptors hypertension, patient compliance, adherence to medication and regular care. After the review has been prepared an intervention project with reference to the Situational Strategic Planning, described in Planning and Evaluation in Health Specialization in Health's Center for Studies in Public Health module. It is hoped that this project stimulate the knowledge of the patients about self-care and chronic care and encourage adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments, to reduce morbidity and mortality and improve quality of life.

Key words: medication adherence, patient compliance, hypertension, episode of care, diabetes mellitus

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1) Introdução..... | 7 |
| 2) Justificativa..... | 9 |
| 3) Objetivo Geral..... | 10 |
| 4) Método..... | 11 |
| 5) Revisão de Literatura..... | 12 |
| 6) Projeto de Intervenção..... | 14 |
| 7) Conclusão..... | 22 |
| 8) Referências Bibliográficas..... | 23 |

1.INTRODUÇÃO

O maior problema enfrentado pelos profissionais de saúde em todo o mundo no tratamento da hipertensão arterial (HA) é a não aderência dos pacientes aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos. O impacto desta não adesão gera perdas sociais e econômicas de grande magnitude.

A principal causa de morte no Brasil ainda é o acidente vascular encefálico (AVE), superando os óbitos por doença arterial coronariana (DAC), o que ocorre apenas em uma minoria de países. O impacto econômico se demonstra uma vez que parte significativa destes óbitos ocorre em idades economicamente produtivas da população. Em outros países observa-se uma queda vertiginosa dos óbitos por AVC, sendo atribuída à adesão ao tratamento e controle da HA (LESSA, 2006).

Nos últimos anos, nos Estados Unidos, houve uma diminuição de cerca de 57% nos óbitos por AVC e 50% nos óbitos por DAC, parcialmente atribuída ao aumento de pacientes hipertensos tratados e controlados. A curva demonstrativa desta redução e do aumento na adesão se encontram no documento do V Joint (Comitê nacional para detecção, regulação e tratamento da Hipertensão Arterial dos EUA). (LESSA, 2006).

No Brasil, cerca de 29,4% de todos os óbitos registrados em um ano, são por doenças cardiovasculares, principalmente Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e AVC. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram em decorrência destas complicações da HA. A maioria destes óbitos, cerca de 60%, é de homens com média de idade de 56 anos, segundo estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Estes números tornam o Brasil um dos dez países com maior incidência de óbitos por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011).

O presente trabalho parte da análise da população do PSF do Jaci, situado na cidade de Candeias, MG. A cidade possui uma população de 14595 habitantes, segundo dados do IBGE, 2015. A população é dividida em seis unidades de atendimento da atenção primária, sendo quatro delas urbanas e duas rurais. O PSF do bairro do Jaci situa-se na zona periférica da cidade e atende uma população de 2.754 habitantes. Dentre esta população estão 464 hipertensos e 120 diabéticos, segundos os dados do SIAB. Não é utilizado o Programa HIPERDIA (Programa de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) na unidade de saúde. O bairro possui uma população de baixa renda e não possui áreas para prática de atividades físicas.

Através do diagnóstico situacional da população do bairro do Jaci foi observado que um dos principais problemas enfrentados pela equipe é a baixa aderência dos pacientes crônicos a

estratégia de cuidado continuado, confirmada pelo contraste entre o alto número de pacientes hipertensos e diabéticos em relação ao número de atendimentos para cuidado continuado realizados ao longo do mês. A observação do tempo decorrente entre as renovações de receitas de medicações de uso contínuo e a observação das medicações nas visitas realizadas pelo médico e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) demonstra uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e uma alta taxa de uso incorreto das medicações. Essa situação leva a uma grande dificuldade no controle das doenças crônicas e aumento na incidência de complicações e no número de internações hospitalares.

2.JUSTIFICATIVA

Doenças com alta prevalência necessitam de um acompanhamento contínuo e de uma reavaliação regular, evitando complicações e exacerbações. Esse é o princípio do cuidado continuado. A baixa aderência a um acompanhamento próximo e contínuo aumenta de forma drástica o número de internações hospitalares e complicações do quadro, gerando um aumento exponencial dos gastos, redução da expectativa de vida dos pacientes e piora da sua qualidade de vida e uso abusivo e incorreto de medicações. Através de uma otimização no acompanhamento dos pacientes crônicos buscamos uma redução no gasto com internações hospitalares e cuidados pós complicações, uma melhora da qualidade de vida dos pacientes e redução no número de medicações utilizadas.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um projeto de intervenção visando atuar sobre a adesão ao tratamento medicamentoso ou não.

3.2 Objetivos Específicos

Organizar grupos operativos de pacientes hipertensos;

Desenvolver ações educativas sobre mudanças no estilo de vida;

Aumentar a adesão ao controle medicamentoso da hipertensão.

4.MÉTODO

No desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão narrativa de literatura nas bases Lilacs, Scielo e Bireme, no período entre julho e novembro de 2015, com as palavras chave hipertensão, adesão a medicação e cuidado periódico. O trabalho visa à intervenção sobre a baixa adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento e ao cuidado continuado.

O projeto de intervenção foi desenvolvido segundo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), descrito no módulo de planejamento e avaliação em saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) (CAMPOS,2010). Será desenvolvido em 10 passos: definição dos problemas; priorização de problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo; gestão do plano.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Para se realizar uma análise do impacto da adesão ao tratamento medicamentoso e ao cuidado continuado na qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos devemos inicialmente definir como os pacientes enxergam este cuidado (ALMEIDA,2014).

As doenças crônicas possuem grande importância não apenas pelo aspecto físico, mas pelo prejuízo que geram no contexto biopsicossocial do paciente, como o impacto em sua vida familiar e no convívio social (REINERS, 2009).

O Diabetes mellitus (DM) e a Hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). Essas duas doenças representam, no Brasil, a primeira causa de mortalidade e de internações (OPAS, 2010).

A Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014, regula a rede de atenção à saúde dos pacientes crônicos dentro do SUS, e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado em todos os componentes da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O ambiente em que o paciente se encontra inserido tem grande impacto sobre a prevalência das doenças crônicas, sendo agravantes as desigualdades sociais e baixa escolaridade. (SCHIMIDT et al., 2011).

As mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas tanto em pacientes hipertensos, como forma de tratamento, quanto em pacientes com pressão arterial (PA) limítrofe, visando a prevenção da HA. (NEVES,2009)

O bom funcionamento do cuidado continuado e da rede de atenção a saúde parte de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais, como médicos especialistas, enfermeiros e profissionais do NASF. (MENDES,2012)

A linha de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, não atuando apenas através de protocolos, mas também pela ação dos gestores, que podem pactuar fluxos e reorganizar o processo de trabalho, facilitando o acesso do usuário aos serviços que necessita. (FRANCO,C.;FRANCO,T.,2012)

As estratégias de educação em saúde se apresentam como técnicas viáveis para melhoria da abordagem integral e multiprofissional do paciente. Mas na prática se mostra limitada e verticalizada, reduzida em seu potencial de abrangência (BORGES, 2014).

Uma das práticas que poderia gerar um grande impacto sobre a aderência e a qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos é a utilização do HIPERDIA. Gestores municipais

e estaduais, em sua maioria, consideram que a implantação do programa levou as redes de saúde locais a se mobilizarem e se adequarem ao cuidado prestado a estes pacientes (CUNHA, 2009).

A análise de estudos comprova a eficácia do programa HIPERDIA na diminuição dessas através do tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco. A reorganização da hipertensão e do diabetes foi um passo importante neste controle, mas é necessário um acompanhamento contínuo da população (CUNHA, 2009).

A adesão ao tratamento não constitui apenas o seguimento da prescrição, também inclui a melhora da dieta e mudança dos hábitos de vida. Indica o grau de comprometimento do paciente com o seu tratamento. O paciente não deve ser visto meramente como objeto de intervenção terapêutica, não devendo ser sua adesão entendida como apenas uma obediência participativa a prescrição médica (BORGES, 2014).

É comum o profissional traçar o perfil de adesão de acordo com as suas perspectivas, deixando de levar em consideração a visão do paciente, e neste conceito se distanciam das razões do paciente, dificultando o desenvolvimento do cuidado continuado (REINERS, 2009).

Para correção deste panorama é necessário um investimento na capacitação dos profissionais das equipes de saúde e utilização de práticas de educação em saúde no cotidiano da atenção primária, melhorando a adesão dos pacientes e sua responsabilidade sobre o próprio tratamento. (REINERS, 2009)

A ideia de educação popular em saúde trabalha com a quebra da transmissão linear de conhecimento e da relação do médico como detentor do conhecimento e do paciente como mero espectador. Dentro da educação permanente a educação popular se apresenta como uma alternativa, reconhecendo o saber do usuário sobre o próprio corpo e sua responsabilidade sobre os determinantes de saúde. (FERNANDES;BACKES,2010)

A educação popular tem dentro de seus princípios a ideia de não existir nenhuma forma de conhecimento vazia ou neutra, e que o ensinar depende de paciência e humanidade, e que depende, dentre outras capacidades profissionais, da capacidade de escutar e discutir com os pacientes os tratamentos, aceitando as indagações e críticas (FREIRE,2011;LUZ,2012).

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Primeiro passo (definição de problemas):

Falta de medicações fornecidas pela rede pública na policlínica local.

Alto número de consultas diárias e agenda sobrecarregada na atenção básica.

Treinamento ineficaz dos agentes comunitários na participação no cuidado continuado.

Falta de locais adequados para a prática de atividades físicas dentro da comunidade.

Baixa representatividade dos conselhos locais junto aos gestores municipais.

Baixo nível de informação dos pacientes sobre os próprios problemas de saúde e o autocuidado.

Baixa comunicação entre os profissionais da equipe e da rede de atenção.

Diagnóstico e estratificação de risco ineficaz dos pacientes hipertensos crônicos.

Segundo passo (priorização de problemas):

De acordo com a análise dos problemas levantados quanto a sua importância, a urgência de resolução e a capacidade de enfrentamento do problema, definimos pontos principais onde atuar: treinamento ineficaz dos agentes comunitários na participação no cuidado continuado, diagnóstico e estratificação de risco ineficaz dos pacientes hipertensos crônicos e baixo nível de informação dos pacientes sobre os próprios problemas de saúde e o autocuidado.

Terceiro passo (descrição dos problemas selecionados):

Os problemas selecionados como prioritários geram, quando combinados, um cuidado continuado ineficaz e uma baixa adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, como observado no quadro abaixo:

| Descritores | Valores | Fonte |
|-------------------------|---------|-------------------------|
| Hipertensos esperados* | 597 | Estudos epidemiológicos |
| Hipertensos cadastrados | 464 | SIAB |

| | | |
|---|--|--------------------|
| Hipertensos confirmados | 408 | Registro de equipe |
| Hipertensos acompanhados conforme protocolo | 285 | Registro da equipe |
| Hipertensos controlados | 230 | Registro da equipe |
| Complicações por problemas cardiovasculares | 26 (doenças coronarianas e acidente vascular encefálico) | Registro da equipe |
| Óbitos por causas cardiovasculares | 7 | Registro da equipe |

*Definido através da taxa de prevalência de hipertensão arterial, calculada usando a porcentagem de hipertensos esperados em uma população acima de 15 anos, de ambos os sexos, fornecida pelo DATASUS, para o estado de Minas Gerais em 2015, em relação a população de 15 anos ou mais do bairro do Jaci, em Candeias-MG.

Como demonstrado na análise do quadro, o cuidado continuado ineficaz influência de forma direta sobre a morbimortalidade dos pacientes hipertensos.

Quarto passo (explicação do problema):

Este acompanhamento ineficaz é gerado pela preparação insuficiente da equipe para diagnóstico e avaliação de pacientes crônicos, uma vez que os agentes comunitários não são preparados para realização de busca ativa e o fornecimento de informações sobre o problema de saúde aos pacientes, não há um número de agentes suficiente para melhor avaliação da população e eles não são orientados quanto a como proceder e direcionar o paciente dentro da rede de atenção.

Pela dificuldade apresentada pelos pacientes para realizar mudanças em seu estilo de vida, com melhora da alimentação e prática de atividades físicas. Em parte por não haver áreas públicas para realização de atividades físicas e lúdicas, devido ao limitado orçamento do município e baixa participação dos conselhos representativos da população nas decisões municipais, havendo áreas em desuso que poderiam ser reformadas e fornecidas a população. Além da orientação de um profissional adequado. Dificuldade aumentada em marcar avaliações com o nutricionista, devido a agenda sobrecarregada e número de vagas de atendimento mensal insuficiente e dificuldade em manter uma alimentação saudável devido as limitações econômicas da população.

E principalmente pela falta de informação do paciente sobre o seu problema de saúde e a necessidade do autocuidado e de sua participação no tratamento, devido a dificuldade para o agendamento de consultas de acompanhamento e orientação, constante falta de medicações na policlínica local, dificuldade em agendamento com especialistas e realização de exames de acompanhamento e controle e difícil contato direto com profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas quanto ao tratamento e orientações.

Quinto passo (seleção dos “nós críticos”):

Hábitos e estilo de vida.

Planejamento da estratégia da equipe de saúde.

Participação social.

Sexto passo (desenho das operações):

O grupo operacional Geração Saúde trabalhará a prática de atividades físicas, com a implantação de grupos de caminhada, orientações com o educador físico e definição de um espaço para prática dessas atividades, visando melhora de comorbidades como sobrepeso, diabetes e dislipidemia, com impacto direto sobre o quadro de síndrome metabólica, impacto direto sobre as patologias e melhora da auto-estima dos pacientes.

O programa Vida Longa visa uma complementação do cuidado continuado, com realização de controle pressórico para avaliação da eficácia do tratamento, acompanhamento nutricional para pacientes hipertensos, conscientização da população quanto a sua participação no cuidado continuado através de palestras e durante os atendimentos e adequação da agenda para melhor realização do cuidado continuado.

O plano operativo se desenvolverá conforme o cronograma de ações abaixo:

| Nó crítico | Projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|-----------------------------|----------------|---|--|--|
| Hábitos de vida inadequados | Geração saúde | Diminuição do sedentarismo, melhora da auto-estima e redução da | Grupos de caminhada, orientações com educador físico e palestras | Político: liberação da área para prática das caminhadas, mobilização |

| | | | | |
|---|------------|---|---|--|
| | | obesidade | | social Organizacional: organizar os grupos de caminhada, disponibilidade do educador físico. Econômico: recursos audiovisuais, panfletos. Social: cuidado e manutenção do espaço, participação dentro dos grupos. |
| Planejamento da estratégia da equipe de saúde | Vida longa | Melhora do cuidado, otimização do atendimento e melhora da orientação aos pacientes | Otimização dos dados colhidos pela equipe, maior cobertura da população | Político: contratação de novos funcionários Organizacional: treinamento dos funcionários, elaboração de estratégias de busca ativa. Financeiro: recursos para contratação de novos funcionários. |
| Participação social | Hiperdia | Otimizar o tratamento dos pacientes hipertensos, | Dados compilados e otimizados, diminuição do | Financeiro: computadores para realização do programa. |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|---|
| | | melhorar os diagnósticos e estratificação de risco. | número de internações e óbitos. | Organizacional: organização da agenda e realização de consultas conforme o protocolo e treinamento da equipe. |
|--|--|---|---------------------------------|---|

Sétimo passo (identificação dos recursos críticos):

| Projeto | Recurso crítico |
|----------------|---|
| HIPERDIA | Financeiro: fornecimento de computador Organizacional: treinamento da equipe para utilização do protocolo do HIPERDIA |
| Vida Longa | Político: contratação de novos agentes comunitários. Financeiro: recurso para o pagamento dos novos funcionários. |
| Geração Saúde | Organizacional: participação do educador físico dentro do projeto. Político: liberação da área para prática de atividade física. Social: cuidado e manutenção do espaço. |

Oitavo passo (análise de viabilidade do plano):

| Projeto | Recursos críticos | Ator que controla | Motivação | Ação estratégica |
|-----------------|------------------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| HIPERDIA | financeiro organizacional | secretaria de estado de | favorável | não é necessária |

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| | | saúde | | |
| Geração saúde | político organizacional social | gestão municipal educador físico população | indiferente favorável indiferente | apresentação do projeto não é necessária palestras |
| Vida longa | Político financeiro | gestão municipal | indiferente | Apresentação do projeto e apoio de lideranças locais e associações |

Nono passo (elaboração do plano operativo):

| Projeto | Resultado | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---------------|--|---|---|---|
| HIPERDIA | Diminuição de internações, diminuição do número de medicações, implantação do protocolo, colocação do protocolo em funcionamento | Busca ativa, adequação da agenda ao protocolo, realização de exames seguindo o protocolo. | Carlos Henrique (médico) e Lidiane (enfermeira) | 3 meses para implantação do programa do HIPERDIA na unidade. Início em 3 meses. |
| Geração Saúde | Melhora da auto-estima, diminuição de comorbidades, redução de obesidade, diminuição do sedentarismo. | Reunião entre líderes comunitários e gestores municipais, grupos de caminhada, palestras para | Marcelo (educador físico) | 2 meses para reuniões com os gestores e definição de um local apropriado (sugerimos um campo de futebol próximo ao PSF) |

| | | | | |
|------------|--|---|---|---|
| | | orientação. | | |
| Vida Longa | Melhoria do atendimento a população, otimização da busca ativa e melhora de cadastros. | Apresentação de projeto para treinamento da equipe e aumento do número de profissionais | Carlos Henrique (médico) e Patrícia (coordenadora das unidades) | 4 meses para apresentação do projeto e 10 meses para definição do início das atividades (troca de gestão municipal) |

Décimo passo (gestão do plano):

HIPERDIA

| Produto | Responsável | Situação atual | Justificativa |
|--------------------------|---------------------------|--|--|
| Implantação do protocolo | Carlos H. Garcia (médico) | Agenda otimizada, cobertura de pacientes hipertensos melhorada, mas protocolo ainda não implantado | Aguardando liberação de computador para a unidade. |

Geração saúde

| Produto | Responsável | Situação atual | Justificativa |
|---------------------|---------------------------|--|---------------|
| Grupos de caminhada | Marcelo (educador físico) | Recursos liberados, grupos em atividade. | |
| Palestras | Marcelo (educador físico) | Em funcionamento. | |

Vida Longa

| Produto | Responsável | Situação atual | Justificativa |
|---------|-------------|----------------|---------------|
|---------|-------------|----------------|---------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Aumento do número de funcionários | Carlos (médico) e Patrícia (coordenadora) | Projeto elaborado e encaminhado a gestão municipal | Aguardando resposta da gestão municipal. |
| Treinamento dos funcionários | Carlos (médico) e Patrícia (coordenadora) | Projeto elaborado e encaminhado a gestão municipal | |

7. Conclusão

Um dos maiores problemas enfrentado pelos profissionais de saúde é a dificuldade em fazer com que os pacientes sigam o tratamento. Na análise da adesão de pacientes hipertensos, observou-se na realização do trabalho alguns pontos que influenciam essa baixa adesão dos pacientes.

Observou-se a possibilidade de intervenção sobre alguns pontos, como a baixa informação dos pacientes a cerca do cuidado continuado e do autocuidado.

Em muitos casos a estrutura oferecida pelo local de moradia do paciente influencia negativamente nesta adesão, por não oferecer condições para a prática de atividade física ou acesso a profissionais para orientar estas atividades, limitação econômica para melhora da dieta e pouco conhecimento sobre os constituintes de uma alimentação correta. Observamos que o estímulo as mudanças do estilo de vida e orientação continua aos pacientes leva a uma melhora significativa, com redução do sedentarismo, melhora dos níveis pressóricos e redução do uso de medicações.

Espera-se mediante a realização de palestras e grupos de discussão levar aos pacientes conhecimento de seus problemas de saúde e sua responsabilização no controle dos mesmos, com melhor adesão ao tratamento e autocuidado.

Um dos pilares essenciais para o desenvolvimento do cuidado continuado está em um diagnóstico preciso e um acompanhamento direcionado, como se observa no protocolo do HIPERDIA. Assim espera-se que a implementação de um protocolo de acompanhamento e tratamento leva a uma diminuição da morbimortalidade e de eventos cardiovasculares.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T.S. **A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. Brasília: Gabinete do Ministro, 2014. Seção 1, p. 50-52

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011

BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para educação em saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2014.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação em saúde.** Nescon, UFMG, Belo Horizonte, 2010.

CUNHA, C.W.; TAVARES, M.R.G. **Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica de saúde através do hiperdia – Plano de Reorganização da Atenção,** 2009, disponível em <http://hdl.handle.net/10183/17937>

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. **Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: . Acesso em: 22 abr. 2012

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011

IBGE, 2015. *Contagem Populacional de 2015*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Candeias, fornecidos em meio eletrônico.

LESSA, I. **Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. *Revista de Hipertensão Arterial*, v. 13(1): 39-46

LUZ, M.T. *Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec , 2012

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

NEVES, M.F.; OIGMAN W. **Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso**. *Rev Bras Hipertens* 2009; 16(2): 112–115

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A.; ARRUDA, A.L.G. **Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. **The Lancet**, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949- 1.961, 4
June 2011