

## Implementação do projeto Sertão Cuidado *Cardio* na Unidade de Saúde Horácio Nóbrega - um relato de experiência

*Implementation of the "Sertão Cuidado Cardio" project at the Horácio Nóbrega Health Unit - an experience report*

Ramilli de Araújo Pegado <sup>1</sup>  
Milena Nunes Alves de Sousa <sup>2</sup>

### RESUMO:

**Objetivo:** Relatar a experiência da implementação de medidas para rastreio, diagnóstico e tratamento adequado das principais doenças crônicas por meio da implementação do Projeto de Pesquisa e Extensão Sertão cuidado Cardio na população de referência da Unidade Básica de Saúde Horácio Nóbrega, na cidade de Patos no sertão da Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência, baseado nas vivências na Estratégia de Saúde da Família Horácio Nóbrega, localizada no município de Patos, Paraíba. O objetivo foi promover, durante a ação de HIPERDIA, o lançamento do projeto de extensão "Sertão Cuidado Cardio", uma iniciativa público-privada envolvendo as EMPRESAS Novartis, Teles, o Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e a Secretaria Municipal de Saúde. Para organizar o relato, foi utilizado o método do Arco de Maguerez como ferramenta estruturante. **Resultados:** A partir da observação da realidade, foi possível identificar desafios a serem abordados em parceria com o Projeto Sertão Cuidado. Entre os principais pontos levantados estão: a dificuldade em otimizar novos diagnósticos, a falta de estratificação rotineira do risco cardiovascular e suas consequências, a baixa adesão terapêutica por parte dos usuários e o desconhecimento sobre os agravos relacionados à doença de base. **Conclusões:** A introdução do projeto nas consultas de HIPERDIA e atendimentos espontâneos melhorou o acompanhamento dos pacientes, com planos terapêuticos alinhados às diretrizes do Ministério da Saúde para obesidade, dislipidemia, hipertensão e diabetes. Houve maior atenção às dislipidemias, antes subdiagnosticadas, e um monitoramento mais detalhado para evitar lesões em órgãos-alvo. A educação em saúde e os exames físicos reforçaram o vínculo médico-paciente, melhorando a adesão ao tratamento. No entanto, o curto prazo do projeto limitou a obtenção de dados mais completos em longo prazo.

**Palavras-Chave:** Saúde Pública; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Doença Crônica.

### ABSTRACT

**Objective:** To report the experience of implementing measures for screening, diagnosis, and appropriate treatment of major chronic diseases through the implementation of the research and extension project "Sertão Cuidado Cardio" in the reference population of the Horácio Nóbrega Basic Health Unit, in the city of Patos, in the sertão of Paraíba. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study, in the form of an experience report, based on the experiences within the Family Health Strategy of Horácio Nóbrega, located in the municipality of Patos, Paraíba. The goal was to promote, during the HIPERDIA action, the launch of the "Sertão Cuidado Cardio" extension project, a public-private initiative involving the companies Novartis, Teles, the Patos University Center (UNIFIP), and the Municipal Health Department. The Maguerez Arch method was used as an organizational tool for structuring the report. **Results:** From the observation of reality, it was possible to identify challenges to be addressed in partnership with the Sertão Cuidado Project. Among the main issues raised were: difficulty in optimizing new diagnoses, the lack of routine stratification of cardiovascular risk and its consequences, low therapeutic adherence by users, and lack of knowledge about complications related to the underlying disease. **Conclusions:** The introduction of the project in HIPERDIA consultations and spontaneous care improved patient follow-up, with therapeutic plans aligned with the Ministry of Health guidelines for obesity, dyslipidemia, hypertension, and diabetes. There was increased attention to dyslipidemias, previously underdiagnosed, and more detailed monitoring to prevent target organ damage. Health education and physical examinations strengthened the

---

<sup>1</sup> Graduada em Medicina. Residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). E-mail: [ramillipegado@med.fiponline.edu.br](mailto:ramillipegado@med.fiponline.edu.br)

<sup>2</sup> Doutora e Pós-Doutora em Promoção da Saúde. Pró-Reitora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão e Docente no Centro Universitário de Patos (UNIFIP). E-mail: [milenanunes@fiponline.edu.br](mailto:milenanunes@fiponline.edu.br). ORCID: [0000-0001-8327-9147](https://orcid.org/0000-0001-8327-9147)

doctor-patient relationship, improving treatment adherence. However, the short duration of the project limited the collection of more comprehensive long-term data.

**Keywords:** Public Health; Treatment Adherence and Compliance; Chronic Disease.

## INTRODUÇÃO

Com a melhora da expectativa de vida e a implementação do Sistema Único de Saúde, o Brasil passa por uma transição demográfica e pela mudança do perfil epidemiológico. No século XX ainda havia as infecções como causa das maiorias dos óbitos mundiais e nacionais. Com adventos das medidas sanitárias e a ascensão socioeconômica do país as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a ocupar as principais causas de mortalidade da população, principalmente aqueles que ainda apresentam baixa escolaridade e renda (Bloom *et al.*, 2016). As DCNT são o conjunto de patologias de origem multifatorial, curso prolongado com potencial de morbidade elevado, fazem parte desse grupo as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias (Theme Filha *et al.*, 2015).

As DCNTs matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. 77% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos. No Brasil, foram registrados mais de 730 mil óbitos por DCNT em 2019. Destes, 308.511 (41,8%) ocorreram prematuramente. Essas afecções compartilham fatores de risco, como hereditariedade raça, sexo, fatores ambientais tabagismo, consumo excessivo de álcool, dislipidemias, consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo (Brasil, 2022).

Essas afecções estão associadas à perda da funcionalidade e a comorbidades associadas, dessa forma, são a principal causa de disfuncionalidade na maioria dos países sul-americanos, incluindo o Brasil. A disfuncionalidade se refere a deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação comunitária e social. Por conseguinte, acarreta custo econômico elevado tanto para o sistema de saúde como para a sociedade, impactando negativamente sobre o desenvolvimento dos países (Melo *et al.*, 2019).

Diante disso, o Ministério da Saúde criou um instrumento de gestão denominado Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2021-2030. O Plano será uma importante ferramenta norteadora das ações e políticas de saúde para esses agravos, além de atualizar e renovar o compromisso do governo

com a pauta até o final da próxima década. Na mesma oportunidade, foi divulgado o Relatório do Vigitel 2020 e foram apresentados os relatórios temáticos sobre a evolução do Vigitel 2006-2020 (Brasil 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e mantenedora do princípio da longitudinalidade possui o trabalho de rastreio e manejo dessas condições. Para isso, é necessário um trabalho multidisciplinar que contemple a realidade da sua comunidade adscrita, para que esta seja resolutiva desde o diagnóstico, do tratamento até as melhores metas terapêuticas (Guevara *et al.*, 2020).

Dessa maneira, o estudo justifica-se pela necessidade de padronização do rastreio e implementação das metas terapêuticas das DCNTs no contexto da atenção primária, buscando-se uma maior resolutividade dos serviços prestados pela equipe multiprofissional, no diagnóstico oportuno e na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológico para tais afecções.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da implementação de medidas para rastreio, diagnóstico e tratamento adequado das principais doenças crônicas por meio da implementação do Projeto de Pesquisa e Extensão Sertão Cuidado Cardio na população de referência da Unidade Básica de Saúde Horácio Nóbrega, na cidade de Patos no sertão da Paraíba.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência, a partir das vivências na Estratégia de Saúde na Família Horácio Nóbrega no Município de Patos- Paraíba, com intuito de promover durante a ação de HIPERDIA, o lançamento do projeto de extensão Sertão Cuidado *Cardio*, iniciativa público privada das empresas Novartis, Teles, o Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e Secretaria Municipal de Saúde de Patos. Dessa maneira, utilizou-se o método do Arco de Magueres como ferramenta para organização do relato, o qual parte do princípio da observação, ou seja, o processo pelo qual os participantes são incitados a observar a realidade no qual se encontram apropriar-se das informações com a perspectiva da identificação de uma problemática, a fim de mediante reflexões e estudos possam a vir contribuir com a transformação da sua realidade (Bordenave e Pereira, 2005).

Dessa maneira, o arco é dividido em cinco etapas: observação da realidade, levantamento de pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação com o retorno à realidade (Berbel, 2011). O cenário de experiência foi Unidade de Saúde da Família Horácio

Nóbrega no município de Patos, na Paraíba, no primeiro semestre de 2024, pela equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família (ESF) composta por: uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade, uma enfermeira, uma dentista, duas técnicas de enfermagem, uma assistente de saúde bucal, duas recepcionistas, seis alunos da graduação de medicina do Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Ademais, além destes houve a participação de quatro residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Primária da mesma instituição que atuam diariamente no local: uma farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga, para além dos agentes comunitárias de saúde que completam a equipe e atuam diretamente com o desfecho do projeto.

A abordagem utilizada nessa ação foi à realização do HIPERDIA por meio da comemoração do Carnaval dos Hipertensos, que contou com a implementação da sala de espera e a apresentação do Projeto Sertão Cuidado *Cardio* e do seu Cantinho Sertão cuidado aos usuários. Após essa apresentação os usuários foram convidados a preencherem os dados requeridos pelo projeto e incitados a apontarem paradigmas e dificuldades da área adscrita na obtenção do diagnóstico tal como do controle de morbimortalidade causado por doenças crônicas não transmissíveis.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa primeira etapa, consiste na participação dos sujeitos diante do problema central. Pode observar-se durante consultas de HIPERDIA, principalmente na população de quinta e sexta década de vida, recorrentes questionamentos acerca de sintomatologia, dúvidas e angústias relacionados ao manejo das doenças crônicas não transmissíveis. Em contrapartida, foi notada pela própria equipe por meio dos indicadores em saúde atrasos e divergências entre os números da população adscrita na área a proporção de diabéticos e hipertensos. O que gerou o questionamento referente à promoção e do cuidado longitudinal, no qual essas afecções necessitam, tal como na prevenção de complicações e sequelas.

Ainda, a nível municipal, pode-se inferir que tal problemática não se restringe a área da unidade de saúde Horácio Nóbrega, mas tal como o cenário nacional, a dificuldade de manejo e de diagnóstico precoce dessas afecções são um paradigma que se repete também a nível municipal. Surgindo a necessidade de medidas que atendessem as especificidades do território e que garantam um acompanhamento mais eficaz desses usuários, vindo assim a complementar os indicadores em saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Após a observação da realidade pode-se elencar as dificuldades a serem trabalhadas em conjunto com o Projeto Sertão Cuidado. Dentre os principais temas citados: dificuldade de otimização de novos diagnósticos, a não realização rotineira da estratificação do risco cardiovascular e suas repercussões, não adesão terapêutica por parte dos usuários, o desconhecimento dos agravos relacionados à doença de base.

Na etapa de teorização, foi realizada a sala de espera que reuniu a equipe e os líderes da comunidade, para a fomentação da discussão dos temas anteriormente elencados e a apresentação das propostas a serem seguidas em conjunto com o Projeto, que fora elucidado pela Médica Residente e pela aluna da graduação do curso de medicina. Nesse contexto foi realizada uma explanação sucinta sobre as principais doenças crônicas prevalentes no Brasil e no território. Por seguinte, foi realizado número proporcional de pacientes, baseados na prevalência nacional, Diabéticos, Dislipidêmicos, Obesos e Hipertensos contidos no território e comparados ao número real documentado por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC (Brasil, 2022).

No que tange a dificuldade de otimização de novos diagnósticos, a prevenção das DCNTs e de seus fatores de risco é fundamental para se evitar o crescimento dessas doenças e suas graves consequências para a qualidade de vida, pois, além de causar mortes, elas geram efeitos econômicos adversos para as famílias e as comunidades, assim como para o sistema de saúde, pois este ainda está baseado no modelo do cuidado a eventos agudos. Os sistemas de atenção à saúde precisam responder às condições agudas, mas necessitam principalmente estar preparados para atender às DCNTs (Bernardi *et al.* 2023; Silva *et al.*, 2020).

Devido à escassa sintomatologia das doenças crônicas não transmissíveis, seu diagnóstico oportuno muitas das vezes somente é realizado quando esse agravo gera sequelas ou em quadros agudizados sintomáticos, principalmente nas emergências. Além disso, a falta de procura pelo cuidado e prevenção da população mais jovem, principalmente de homens na idade laborativa posterga em anos seu diagnóstico. Dessa forma, embora haja uma perspectiva da valorização do modelo de saúde centrado na pessoa, ainda se percebe a tendência aos modelos curativos (Bernardi *et al.* 2023).

Outro fator levantado foi o acesso ao serviço de saúde, dentre eles: barreiras geográficas, falta de transporte, percepção de má qualidade do serviço e da superlotação, afastando o usuário cada vez mais da possibilidade do cuidado integral (Frota *et al.* 2013).

Para, além disso, a falta de treinamento da equipe para realização da busca ativa, principalmente durante o acolhimento ao usuário, a negligência da verificação de sinais vitais de indivíduos aparentemente hígidos e jovens, faz com que esses só venham a receber seu

diagnóstico na vida adulta tardia e percam a possibilidade de prevenção dos agravos (Monteiro *et al.*, 2020).

Sobre as falhas na estratificação do risco cardiovascular é sabido que primeiras associações entre as doenças crônicas e hábitos de vida foram os estudos de coorte *Framingham Heart Study*, iniciados em 1948 relatando a associação entre os principais fatores de risco (hipertensão arterial, colesterol elevado e tabagismo), com a doença coronariana (Chobanian AV *et al.*, 2003).

A não padronização dos atendimentos aos pacientes com DCNTs ou consultas com enfoques curativos foi relatada como um empecilho para uma visão mais analítica do risco individual. Dessa maneira, mesmo com os avanços diagnósticos, propedêuticos e terapêuticos relacionados à doença aterosclerótica, a falta de aplicação da medicina preventiva perpetuar a realidade é que tal patologia ainda representa a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo ocidental. Ademais, a falta de disponibilidade de alguns exames pela rede pública, principalmente da hemoglobina glicada e do perfil lipídico atrasa a realização dessas medidas (Brasil, 2023).

Outros fatores que impedem o progresso nesse controle é adesão terapêutica pelos usuários. A mudança no padrão alimentar foi a mais citada, embora seja relatado pelos pacientes a adequação dela ou que esses apresentam uma dieta adequada e em pequena quantidade. Todavia, existe uma dicotomia entre percepção e seguimento: a mudança na dieta é algo que se percebe como necessária, mas ela não acontece na prática das pessoas. As falas dos usuários demonstram que o não seguimento da dieta era influenciado por dois elementos: a tradição de cardápio alimentar da família e a sensação de desconforto na convivência social devido à limitação quanto a determinados alimentos (Nascimento *et al.*, 2021). Outro fator ainda associado seria o alto custo de dietas consideradas adequadas segundo a associação brasileira de cardiologia, por exemplo, a dieta do mediterrâneo que apresenta como base legumes, leguminosas, oleaginosas, carboidratos complexos e carnes magras. Ademais, tal como o desencorajamento do uso de álcool e tabaco (Silva *et al.*, 2020).

No que tange a prática de exercício físico, o padrão mais sedentário ou exercícios restritos a práticas aeróbicas de baixo impacto são os mais frequentes pela população. A questão financeira ou agravos osteoarticulares foram apresentados como impedidores para a prática regular de esportes e atividades físicas (Costa *et al.*, 2021).

De ponto de vista estrutural, as condições físicas e as fragilidades principalmente da população idosa também foram pautadas, uma vez que esse público ao longo das décadas apresenta declínio de suas atividades sensoriais tal como audição, visão e equilíbrio, logo, o uso

de mais de cinco medicações (polifarmácia), pode precipitar não somente o mau controle das afecções como também risco a sua integridade física (Nascimento *et al.*, 2021).

Por último, o estudo aponta maior DCNTs em indivíduos com baixa escolaridade, o que já foi identificado em outros estudos internacionais e nacionais como o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). As adversidades socioeconômicas têm forte associação com morbimortalidade por doença cardiovascular (DCV), aterosclerose subclínica, manifestações piores, indicadores metabólicos, consequência das desvantagens socioeconômicas, adversidades na infância, pior acesso a serviços de saúde e práticas de promoção à saúde e prevenção. Nesse sentido, os resultados reforçam a importância de se levar em consideração as variáveis socioeconômicas no planejamento de políticas públicas de prevenção de DCNT (Nascimento *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Já acerca do desconhecimento da população dos agravos relacionados à doença de base a faixa etária, o nível de escolaridade e o analfabetismo apresentado também são determinantes no controle das DCNTs e na prevenção das complicações decorrentes das doenças de base. Não somente pelo desconhecimento da fisiopatologia da doença, mas pela dificuldade na manutenção do tratamento, isso porque, muita das vezes o usuário possui mais de uma das doenças crônicas, dessa forma em sua grande maioria fazem uso de mais de uma medicação, dessa forma a polifarmácia precipita a confusão ou até mesmo o esquecimento dos pacientes na administração de suas drogas ocasionando o mau controle das suas patologias. Ainda do ponto de vista farmacológico, a polifarmácia pode levar a maiores interações entre os fármacos (Frota *et al.* 2013 Silva *et al.*, 2023).

A prática de educação em saúde também foi enfatizada pela equipe, principalmente quando estas se restringem a repasse de informações que não leva em consideração o processo dialógico e sociogeográfico no qual aquela população está inserida (Conceição *et al.*, 2020; Frota *et al.* 2013).

Já na quarta etapa, que se propõe a formulação de soluções a equipe multidisciplinar decidiu a aplicabilidade da estratificação de risco cardiovascular de acordo com o europeu de e aplicação do Projeto Sertão Cuidado *Cardio*, sendo decidido planos estratégicos que buscasse não somente a busca ativa de pacientes em atraso e a triagem de novos casos, mas também estratégias de educação em saúde, dentro e fora dos limites da Unidade de Saúde da Família Horácio Nóbrega. Igualmente, fora acordado a participação multidisciplinar que contaria com consultas médicas seguidas de plano nutricional, fisioterapia na tentativa de ensinar exercícios de baixo impacto, todavia eficientes para a conjectura da mudança do estilo de vida, para além,

de acompanhamento psicológico e farmacêutico mediante a maioria desses pacientes possuem muitas vezes polifarmácia (Franca *et al.*, 2021).

Sobre na implementação do Projeto, que corresponde a quinta etapa, iniciou com o recebimento dos Kits disponibilizados pelo projeto no qual contava com balança de bioimpedância, tensiômetro, fita antropométrica, *tablet* com *software* de acompanhamento e cálculo do risco cardiovascular, materiais de apoio e materiais educativos. E sua divulgação para os usuários se deu durante a comemoração do Carnaval do HIPERDIA no mês de fevereiro de 2024, embora o nome remeta a pacientes previamente diagnosticados o convite se estendeu a toda população em geral.

De início foi apresentado o Projeto e o que ele almejava na comunidade, como também os materiais disponibilizados pelos seus colaboradores. Por conseguinte, junto com a população foi escolhido o local oficial na unidade o qual ficaria o Cantinho Sertão Cuidado. Após a abertura, as acadêmicas de medicina realizaram uma sala de espera interativa com o baralho disponibilizado no KIT onde a população iria demonstrar seu nível de conhecimento acerca da DCNTs, visando assim adequar a educação em saúde para que essa não só repasse instruções, mas pudesse incluir o sujeito de forma ativa na construção do seu próprio conhecimento, tornando esses então multiplicadores das informações ali discutidas (Conceição *et al.*, 2020).

Concomitantemente, a equipe multidisciplinar residente e as ACS realizavam a coleta dos dados antropométricos e as registrava no aplicativo desenvolvido por esse projeto, enquanto a médica e seus internos direcionaram seus atendimentos clínicos, rotina laboratorial para hipertensão e outros agravos, identificava comorbidades, possíveis polifármacos e interações potencialmente graves, além de cadastrar o paciente no projeto e direcionava esse para a área de fragilidade no qual as profissionais da equipe multi pudessem atuar. Dessa forma, buscando em encontros consecutivos visualizar por meio da calculadora do software do projeto o risco cardiovascular e elencar o plano terapêutico singular para o usuário.

Não se restringindo unicamente ao ambiente físico da Unidade de Saúde, a equipe se mobilizou em iniciar mais precocemente a busca ativa no território, tantos dos usuários em atraso, como também de possíveis casos novos, juntamente com as acadêmicas de medicina, saindo em caravanas na primeira semana de acordo com a microárea de cada agente de saúde, levando consigo o material disponibilizado e sinalizando de maneira oportuna pessoas portadoras de DCNTs sem diagnóstico.

Ao longo dos meses o impacto dessas medidas mostrou-se positivo e deixou em foco algumas problemáticas até então não visualizadas. Dentre os resultados positivos, destacam-se a satisfação e um aumento da procura e a valorização ao trabalho realizado pela unidade. Seu

impacto maior foi visível na estratificação da dislipidemia e na obesidade. Todavia, paradigmas encontrados durante os poucos meses de implantação foram relacionados aos retornos dos usuários e a superlotação da unidade de saúde, além de uma pequena parcela, principalmente os adultos do sexo masculino jovem que mantiveram a perpetuação da negligência em relação as medidas não farmacológicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a introdução do projeto nas consultas rotineiras de HIPERDIA e no atendimento de demanda espontânea pode-se perceber um melhor acompanhamento por parte dos profissionais médico e multidisciplinar, com elaboração de planos terapêuticos voltado às metas recomendadas pelo Ministério da saúde para o risco cardiovascular (obesidade, dislipidemia, Hipertensão e diabetes). Para além, reparou-se maior introdução de medidas medicamentosas e não medicamentosas principalmente para as dislipidemias puras e mistas, que muitas das vezes passavam despercebidas pela não estratificação. Naqueles que já possuem alguma das DCNT iniciou-se um acompanhamento mais minucioso para lesões de órgão alvos, principalmente retinopatias e injúrias renais.

Por conseguinte, a atenção desempenhada na consulta, principalmente durante o exame físico da antropometria e a educação em saúde individualizada gerou maior vínculo médico paciente, fazendo com que este retorne em consultas programadas para revisão do seu status, concomitantemente, uma melhor adesão terapêutica. A maior procura pela rede de estratégia de saúde da família também foi perceptível devido a propaganda realizada pela própria população. Entretanto, como fragilidade desse trabalho está a seu curto espaço cronológico para obtenção de dados mais concisos em longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problemática no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina**: v.17, n. esp., p.7-17, 2011.
- BORDENAVE, J.; PEREIRA, A **Estratégias de ensino-aprendizagem** - 6 ed - Petrópolis : Vozes, p. 312- 1984,2005.
- BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problemática no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina**: v.17, n. esp., p.7-17, 2011.
- BERNARDI, N. R. *et al.* Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: fatores associados. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 43, p. e11842, 2023.

BLOOM, D. E. *et al.* **The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health.** Genebra: World Economic Forum, 2011. Disponível em: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HEalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HEalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf). Acesso em: 12 mar. 2016.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino-aprendizagem** - 6 ed - Petrópolis: Vozes, p. 312-1984, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 11 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 95 p: il. – (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

CONCEIÇÃO, D. S. *et al.* **A educação em saúde como instrumento de mudança social.** *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.

COSTA, N. S. C. P. *et al.* **Exercício físico auxiliando no tratamento da hipertensão arterial.** *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 2, p. 19627-19632, 2021.

FRANCA, R. da *et al.* **Experiência da equipe multiprofissional em saúde da família no cuidado integral ao usuário diabético.** *Disciplinarum Scientia | Saúde*, Santa Maria (RS, Brasil), v. 22, n. 2, p. 105–119, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/4027>. Acesso em: 17 set. 2024.

FROTA, N. M. *et al.* Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 4, p. 730-739, 2013.

GUEVARA, S. L. R. *et al.* Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 3, 2020.

MELO, S. P. da S. de C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>.

MONTEIRO, G. P. *et al.* Influência dos fatores de risco na patogênese da hipertensão arterial sistêmica. *SAÚDE DIN MICA*, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2020.

NASCIMENTO, M. O. DO *et al.* Factors associated to the adherence to the non pharmacological treatment of hypertension in primary health care. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 74, n. suppl 6, 2021.

SILVA, G. F. DA *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ocorrência de Síndrome Metabólica. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021.

SILVA, L. A. L. B. DA *et al.* Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. **Revista panamericana de salud publica** [Pan American journal of public health], v. 47, p. 1, 2023.

THEME FILHA, *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 83-96, 2015.