



UNASUS – Universidade Aberta do SUS
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
Curso de Especialização em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão do Curso - Projeto de Intervenção

Aluno: Paulo Vítor de Sousa Marcelino

Orientador: Douglas Schneider

Sistematização e qualificação dos atendimentos de pacientes hipertensos na ESF Carmo Pricoli – Vila Santa Rosa do município de Mococa/SP

São Paulo – SP

Setembro/2016

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Mococa localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, distante 113 km de Ribeirão Preto, a maior cidade da região. Sua população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2014, era de 68.695 habitantes. O município abrange também os distritos de Igarai e São Benedito das Areias.

O município oferece os serviços de saúde à sua população através de oito unidades básicas de saúde da família e um hospital municipal, além dos direcionamentos aos municípios de referência pactuados. As unidades básicas são responsáveis pela atenção primária de saúde, com área de abrangência urbana e rural, recebendo auxílio na assistência pelo núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e Saúde Bucal (SB).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa está localizada no Município de Mococa-SP, situada na Rua Paraná, número 225, Bairro Vila Santa Rosa, registrada sob o número 2048949 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com horário de funcionamento das 7 às 17 horas. Apresenta duas equipes de trabalho (equipe 01 e 02), sendo que o objeto de estudo desse trabalho é referente à equipe 01.

Essa população vive em área urbana, com saneamento básico, água tratada, energia elétrica, educação pública. Os postos de trabalho local compreendem o comércio, trabalho rural nas lavouras de café e plantação de laranja, funcionalismo público, serviços domésticos e construção civil. Grande parte dessa população vive de sua aposentadoria e outros de serviço informal.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), na área de abrangência da equipe 01 pertencente a essa ESF, existem 818 famílias cadastradas, sendo a faixa etária da população predominantemente de adultos jovens e também de idosos, com 525 pessoas de 20 a 39 anos e 474 pessoas acima de 60 anos. Em relação aos problemas de saúde, observa-se maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que há 116 pacientes diabéticos e 469 pacientes hipertensos cadastrados no SIAB.

A identificação dos problemas da área de abrangência da equipe 01 da ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa - Mococa/ SP para elaboração do diagnóstico situacional para este estudo ocorreu através da estimativa rápida, pela observação ativa da área, entrevista com usuários e análise situacional. A partir do diagnóstico, foi feita a priorização dos problemas segundo sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, sendo o problema “Dificuldade na organização da demanda programada de condições crônicas como hipertensão” selecionado como primeira prioridade.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, que se caracteriza por altos níveis da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, conseqüentemente, maior risco de eventos cardiovasculares. A prevalência de hipertensão arterial aumenta com o envelhecimento, sendo superior a 60% em pessoas acima de 60 anos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde a hipertensão arterial é um dos problemas mais importantes encarado pelas equipes de saúde na atenção básica, com dificuldade na realização de diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos. (BRASIL, 2013).

Dada a alta prevalência da HAS no município de Mococa/SP, são preocupantes as dificuldades na organização da demanda desses usuários, assim como a pouca aceitação dos mesmos quanto ao agendamento de consultas e ao cuidado integral em saúde. Sabe-se que a garantia de um cuidado continuado e integral vai além da resolução de problemas agudos apresentados pelos pacientes, pois prevê a organização de um atendimento programado e permanente, com foco na melhoria da qualidade de vida da população. Em relação ao cuidado das condições crônicas, o ponto-chave é a mudança de uma rede de saúde fragmentada e focada na doença para um sistema focado na pessoa e família, objetivando a promoção de saúde (MENDES, 2012).

A preconização da atenção básica como primeira opção no cuidado dos pacientes com hipertensão se faz necessária para garantia de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, princípios norteadores das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, a ESF se

apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, colocando a família como centro da atenção e não apenas o indivíduo doente, levando a um novo espectro do processo de intervenção em saúde, à medida que age preventivamente sobre a população a partir de um novo modelo de atenção, não apenas esperando que ela chegue para ser atendida (CAMPOS, 2010).

Assim, tendo em vista a melhoria nos cuidados aos portadores de HAS na Unidade, sistematizando o cuidado voltado para o próprio paciente, centrado na pessoa, com o objetivo de promover saúde, o presente Projeto de Intervenção tem como objeto a qualificação do cuidado com a saúde dos portadores de HAS da população adstrita ao território de atuação da equipe 01 da ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP.

1.1. REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS se divide em dois grandes grupos: a hipertensão essencial ou primária (abordada neste trabalho) e a secundária. Na HAS essencial não existe um fator etiológico identificável. De acordo com os conceitos mais modernos, a hipertensão primária resulta da interação entre fatores genéticos e fatores ambientais (consumo excessivo de sal, sedentarismo, obesidade, tabagismo, entre outros), enquanto na hipertensão secundária existe uma causa estrutural ou hormonal bem definida.

De acordo com a diretriz atual sobre hipertensão arterial sistêmica, a classificação da pressão arterial medida casualmente no consultório, em pacientes com mais de 18 anos, salientando-se o preparo apropriado do

paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado, é feita de acordo com o descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório

Classificação*	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	> 90

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

Sendo assim, o diagnóstico de hipertensão arterial é feito através da medida da pressão em consultório, quando os valores obtidos são iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou iguais ou superiores a 90 mmHg para a pressão arterial diastólica. Para firmar o diagnóstico, recomenda-se também que as medidas sejam feitas em pelo menos duas consultas, exceto quando os valores estiverem acima de 170 mmHg (sistólica) e/ou 110 mmHg (diastólica). Nesta situação já consideramos o diagnóstico e devemos iniciar tratamento.

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A prevenção

primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA. (PADWAL, STRAUS e MCALISTER, 2001).

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, deve-se considerar o controle de peso, visando manter o IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m², o padrão alimentar com dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais (recomenda-se dieta DASH), além de redução do consumo de sal, moderação no consumo de álcool e prática de exercício físico, com caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento (SACKS, SVETKEY, VOLLMER, APPEL, BRAY, HARSHA, 2001).

Quanto ao tratamento medicamentoso da HAS, o objetivo primordial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina e com antagonistas dos canais de cálcio.

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. Devem-se ponderar algumas características na escolha dos anti-hipertensivos a serem utilizados, como ser eficaz por via oral, administração em menor número de tomadas diárias, ser seguro e bem tolerado, ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, possibilidade de associação com outros anti-hipertensivos, dentre outras. (WRIGHT, LEE e CHAMBER, 1999).

A concomitância de hipertensão arterial mal controlada com outros fatores de risco cardiovasculares como hipertrigliceridemia, HDL baixo,

glicemia de jejum alterada ou diabetes mellitus e obesidade central, gera aumento significativo da incidência de complicações graves como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal. Com isso, há aumento dos gastos econômicos e polarização dos recursos destinados à saúde para o setor terciário em detrimento de ações preventivas (BARROSO, ABREU e FRANCISCHETTI, 2002).

A hipertensão arterial é tida como um grave problema de saúde pública, considerando-se sua cronicidade, altos custos de internações, incapacitação e aposentadoria precoce (CARVALHO, *et. al.*, 2013).

De acordo com a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica os objetivos da avaliação clínica em usuários hipertensos são: confirmação do diagnóstico de hipertensão arterial; pesquisa de fatores de risco cardiovasculares e lesão em órgãos-alvo; pesquisa de doenças associadas; estratificação de risco cardiovascular global; avaliação de sinais de hipertensão arterial resistente (MINAS GERAIS, 2013).

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais recomenda ainda a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos segundo o escore de “Framingham Revisado”, elaborado por D’Agostino *et al.* (2008). A partir da estratificação, recomenda-se a organização da periodicidade de cuidado conforme Quadro 2.

Quadro 2: Parâmetros para assistência de pacientes hipertensos conforme a estratificação de risco.

	Baixo risco cardiovascular global	Moderado risco cardiovascular global	Alto risco cardiovascular global
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

1.1.2. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Ao longo dos anos, a saúde pôde ser entendida sob a perspectiva de diferentes conceitos. Primeiramente, prevaleceu uma definição de saúde baseada no modelo biomédico, entendendo-a apenas como a ausência de doença. Nesse contexto, prioriza-se uma atenção hospitalocêntrica, baseada somente em verdades científicas, fragmentada e biologicista, reduzindo toda a assistência exclusivamente ao tratamento de doenças. Outro conceito de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde em 1946, leva em conta o estado de bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos, que apesar de ser um entendimento positivo da saúde, não determina objetivos específicos e se coloca utopicamente como um estado final ideal de plenitude. Diante disso, surge um terceiro conceito de saúde, que a analisa como um recurso inserido no conjunto de elementos para melhora da qualidade de vida, considerando os determinantes sociais da saúde e da doença. Nesse sentido, pensar em determinação social da saúde considera que, além da influência genética/biológica nas condições de saúde, existem determinantes comportamentais e sociais de impacto significativo na qualidade de vida populacional. Os fatores psicossociais têm fundamental importância nesse processo, sendo que as características das relações sociais têm determinação essencial sobre a saúde, principalmente por sua influência nos elementos psíquicos. (FARIA, WERNECK, SANTOS, TEIXEIRA, 2010).

Santos e Oliveira (2013) destacam que o cuidado centrado na doença preocupa-se excessivamente com o diagnóstico e tratamento, sendo seu objeto a doença e sua finalidade a cura ou controle da mesma. Esse modelo gera baixa adesão do paciente, que tem pouca ou nenhuma autonomia, já que não é considerado no processo de cuidado. O modelo de cuidado centrado na pessoa surge, em contrapartida, para que o paciente seja comprometido com sua saúde.

Pensar em uma pessoa é pensar em um indivíduo, um ser humano capaz de desejar, pensar e ter um projeto para sua vida. A doença é um acontecimento ou um fenômeno que, de alguma forma, vai interferir na vida da pessoa e no seu projeto existencial. (SANTOS e OLIVEIRA, 2013).

Nesse contexto, os determinantes sociais, ao contextualizarem a saúde na coletividade, promovem valorização da pessoa como um todo, valorização cultural, atuação multiprofissional e interdisciplinar, pensamento crítico político, valorização do centro de saúde na comunidade e responsabilidade social. (FARIA, WERNECK, SANTOS, TEIXEIRA, 2010).

É cada vez mais evidente que o cuidado centrado no paciente é um componente essencial no cuidado com doenças crônicas. Em estudo randomizado controlado realizado de janeiro de 2002 a agosto de 2005, com o acompanhamento de pacientes em Baltimore, Maryland, nos Estados Unidos, foi possível identificar que intervenções que aumentam a capacidade de comunicação dos médicos e estimulam pacientes a participar de seu cuidado afetaram positivamente a comunicação focada no paciente e a percepção do paciente de envolvimento nos cuidados, podendo melhorar a pressão arterial sistólica entre os pacientes com hipertensão não controlada (COOPER, ROTER, CARSON, 2011).

A partir da análise da adesão às orientações fornecidas pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão de um Centro de Saúde em Fortaleza, observou-se que os pacientes se mostraram informados em relação às mudanças de hábito de vida que são importantes para melhor manejo da hipertensão arterial. Entretanto, praticar as orientações depende, em grande parte, de fatores sociais que devem ser minimizados por atuação de equipe multidisciplinar (ROLIM e CASTRO, 2007).

Nesse sentido, vale ressaltar a importância de uma melhor compreensão das crenças dos pacientes hipertensos sobre hipertensão e o uso desse entendimento para desenvolver um modelo para reparar lacunas na comunicação entre pacientes e médicos. Ouvir as crenças dos pacientes sobre a hipertensão pode aumentar a confiança, melhorar a comunicação e promover um melhor auto-controle da hipertensão (KRONISH, LEVENTHAL e HOROWITZ, 2012).

2. OBJETIVO

2.1.OBJETIVO GERAL

Sistematizar e qualificar o cuidado dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência da equipe 01 pertencente à ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Descrever a realidade local e o diagnóstico situacional

2.2.2. Apresentar o plano de ação

2.2.3. Otimizar e aperfeiçoar o cuidado continuado dos pacientes hipertensos na ESF Carmo Pricoli do município de Mococa-SP

2.2.4. Sistematizar e qualificar os pacientes hipertensos estratificando o risco cardiovascular conforme Manual de Orientação Clínica – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011. (SÃO PAULO, 2011)

3. MÉTODO

Para elaboração da proposta de intervenção, foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

A busca dos artigos científicos para desenvolvimento da revisão bibliográfica aconteceu a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores hipertensão, hipertenso, “hipertensão arterial sistêmica”, HAS, “pressão arterial alta”, “pressão sanguínea alta”, “Assistência Centrada no Paciente” OR “Cuidado Focalizado no Paciente” OR “Cuidado Focado no Paciente” OR “Cuidado Enfocado no Paciente” OR “Cuidado Centrado no Paciente” OR “Enfermagem Centrada no Paciente”, isolados e/ou combinados.

Os dados utilizados no diagnóstico situacional foram a base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência o Planejamento Estratégico em Saúde.

A partir da identificação da dificuldade na organização da demanda programada de hipertensão arterial como problema prioritário da área de abrangência *da equipe 01 pertencente à ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP*, foi feito o desenho das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” identificando os produtos e resultados para cada operação definida, bem como os recursos necessários para a concretização das mesmas (financeiros, organizacionais e cognitivos). Os nós críticos identificados foram:

- Má organização do cuidado das doenças crônicas como a hipertensão arterial com atendimentos prioritariamente responsivos a demandas agudas

- Comportamento da população frente à pronta-consulta

- Desafio na implantação da estratificação de risco e seguimento programado dos pacientes selecionados, conforme Manual de Orientação Clínica – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011.

Para cada nó crítico identificado foi traçada uma ação específica, descritas adiante no sétimo tópico destinado às ações. Tais intervenções foram preconizadas no intuito de atingir os objetivos previstos neste projeto.

4. LOCAL

Estratégia Saúde da Família Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP

5. PÚBLICO ALVO

O presente trabalho tem como público-alvo os pacientes com hipertensão arterial cadastrados na área de abrangência da equipe 01, pertencente à ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP.

6. PARTICIPANTES

Os participantes desse projeto são os funcionários pertencentes a equipe 01 da ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP, quais sejam os médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepcionistas.

7. AÇÕES

7.1. Programar o atendimento dos pacientes hipertensos em dia específico da semana.

7.2. Realizar encontros para esclarecimento da população, na própria unidade de saúde, sobre as diferentes abordagens no enfrentamento de condições agudas e crônicas de saúde.

7.3. Realizar a busca ativa dos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe 01 pertencente à ESF Carmo Pricoli - Vila Santa Rosa, Mococa/ SP para classificação de risco cardiovascular e programação do atendimento.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A organização do cuidado da hipertensão arterial descrita neste trabalho propõe um melhor enfrentamento desta condição, considerando tanto a equipe profissional quanto o paciente como agente do processo de trabalho. A partir da intervenção proposta, os resultados serão monitorados através do seguimento dos indicadores referentes ao número de hipertensos cadastrados, confirmados, classificados e acompanhados da área de abrangência da *equipe 01 da ESF Carmo Pricoli- Vila Santa Rosa, Mococa/ SP*. Para tanto serão utilizadas planilhas do Microsoft Excel. Essa avaliação será realizada mensalmente, com discussão dos resultados em reuniões de equipe.

9. RESULTADOS ESPERADOS

O desenho das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” pôde identificar os produtos e resultados para cada operação definida, conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Resultados esperados

Nó crítico	Operação	Produtos esperados
Má organização do cuidado das doenças crônicas como a hipertensão com atendimentos prioritariamente responsivos a demandas agudas	Alterar o processo de trabalho da equipe visando adequar a atenção às condições crônicas ao modelo proposto por Mendes (2007).	Organização do processo de trabalho da equipe de saúde quanto ao cuidado de pacientes hipertensos.
Comportamento da população frente à pronta-consulta	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da realização do cuidado continuado de pacientes com doenças crônicas como a hipertensão.	Construção de uma nova perspectiva pela população quanto à importância do cuidado organizado e contínuo de pacientes hipertensos.
Desafio na implantação da estratificação de risco e seguimento programado dos pacientes selecionados.	Organizar o cuidado de pacientes hipertensos da <i>equipe 01 da ESF Carmo Pricoli- Vila Santa Rosa, Mococa/ SP.</i>	Implantação estratificação de risco e seguimento programado dos pacientes selecionados

A organização do cuidado da hipertensão arterial descrita neste trabalho propõe um melhor enfrentamento desta condição, considerando tanto a equipe profissional quanto o paciente como agente do processo de trabalho. A partir da intervenção proposta, os resultados serão monitorados através do seguimento dos indicadores referentes ao número de hipertensos cadastrados, confirmados e acompanhados da área de abrangência da equipe 01 da ESF Carmo Pricoli- Vila Santa Rosa, Mococa/ SP.

10. CRONOGRAMA

Os prazos para realização das ações estratégicas do projeto de intervenção estão especificados no Quadro 4.

Quadro 4: Cronograma do Projeto de Intervenção

Atividades	Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/17	Fev/17	Mar/17
Revisão Bibliográfica	X	X				
Treinamento da equipe	X	X				
Implantação das ações		X	X	X		
Monitoramento e ajustes			X	X	X	
Acompanhamento do projeto				X	X	X

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, S. G; ABREU, V. G. De; FRANCISCHETTI, E. A. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doença cardiovascular aterogênica: um conceito emergente. **Arq. Bras. Cardiol.** Vol.78, n.6. 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** DATASUS, 2010. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. De; SANTOS, M. A. Dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

COOPER, L.A., ROTER, D.L., CARSON, K.A., *et al.* A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. **J Gen Intern Med.** 2011;26 (11):1297–1304.

D'AGOSTINO R. B; VASAN, R. S; PENCINA, M. J. *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. **Circulation.** 2008; v.117(6), p. 743–753.

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA. P. F. **Processo de trabalho em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2014 – Resultados do universo.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

KRONISH, I. M; LEVENTHAL, H; HOROWITZ, C. R. Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians. **J Clin Hypertens** (Greenwich); 14(1): 38-44, 2012.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2012.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde.** Atenção à saúde do adulto: Conteúdo técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (No prelo). 3ª Ed. Belo Horizonte, 2013.

ROLIM, M. O, CASTRO, M. E. Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n.1, 2007.

SACKS F.M, SVETKEY L.P, VOLLMER W.M, APPEL L.J, BRAY G.A., HARSHA D., *-et al.* Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. **N Engl J Med.** 2001.

SANTOS, M. A. OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa.** Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p.

SÃO PAULO. **Secretaria de Estado da Saúde.** Manual de Orientação Clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)/ Aparecida Teruko Tominaga/ Carmen Lavras e Maris Salete Demuner (orgs). São Paulo: SES/SP, 2011.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. **Cardiol.** São Paulo, vol.95, n.1, suppl.1, 2010.

WRIGHT J.M; LEE C-H; CHAMBER G.K. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug. **CMAJ.** 1999.