



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

CONSULTA COLETIVA PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOB O OLHAR DO NASF

SABRINA NOGUEIRA BRITO

CAMAÇARI - BA

2018



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

CONSULTA COLETIVA PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOB O OLHAR DO NASF

Trabalho de conclusão de
Residência apresentado à
Fundação Estatal Saúde da
Família e Fundação Osvaldo
Cruz – BA para certificação
como Especialista em Saúde da
Família sob orientação de Thiago
Souza

CAMAÇARI - BA

2018

*“Mas eu não estou interessado
Em nenhuma teoria
Em nenhuma fantasia
Nem no algo mais
Longe o profeta do terror
Que a laranja mecânica anuncia
Amar e mudar as coisas
Me interessa mais”*

(Belchior)

Agradeço à minha mãe que me deu a vida e que se doou por inteira, renunciando seus próprios sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Ao meu pai, cuja ausência física eu preencho com recordações do seu olhar orgulhoso, do sorriso afetuoso e dos gestos de incentivo a cada obstáculo vencido.

À Lucas, pelo amor e companheirismo de sempre.

Ao meu brilhante orientador, Thiago Souza, pela ajuda e incentivo diante dos desafios surgidos nestes últimos meses.

Aos colegas residentes por se tornarem amigos leais e compartilharem momentos únicos.

À todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

Epígrafe	ii
Agradecimentos	iii
Dedicatória.....	iv
Sumário	v
Introdução	1
Metodologia	2
Resultados e Discussão.....	3
Considerações Finais	8
Referências Bibliográficas	10

INTRODUÇÃO

O perfil de morbimortalidade da população está relacionado com o processo de transição epidemiológica que é influenciado pelas transformações demográficas, sociais e econômicas¹. No Brasil, nas últimas décadas, essas transformações junto à globalização têm impactado no modo de vida dos indivíduos, aumentando a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo. Tais fatores, somados ao envelhecimento da população, tem contribuído para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo estas responsáveis por 73,9% dos óbitos no país em 2010^{2,3,4}.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) estão entre as DCNT de maior prevalência no país. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio de dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, 21,4% da população brasileira com dezoito anos ou mais referiram ter o diagnóstico de HAS o que equivale a 31,3 milhões de pessoas, já 6,2% dos indivíduos relataram o diagnóstico de DM representando 9,1 milhões de pessoas⁵. Apesar do impacto destas patologias, ambas são preveníveis e possuem natureza multifatorial e multigênica, assim as ações de prevenção e tratamento realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) são de extrema importância para o manejo destas doenças⁶.

Tendo em vista a reorganização da Atenção Básica e a reorientação do modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada visando ampliar o acesso às ações de prevenção e promoção à saúde, constituindo-se como a “porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eqSF) é centrado no território-família-comunidade, sendo seu objeto de intervenção a família e seus aspectos sociais⁷.

Com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade e a efetividade da Atenção Básica, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para atuar de forma integrada com as eqSF. Este se configura como uma equipe de apoio especializado formado por diferentes profissões que desenvolve o apoio clínico-assistencial e técnico-pedagógico direcionado às equipes de referência apoiadas e aos usuários do SUS. O NASF junto as eqSF, desenvolvem estratégias de prevenção e/ou controle de doenças e agravos que contribuem para o desenvolvimento de abordagens multisetoriais e integrais direcionada ao cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos⁸.

Dado o impacto que tais patologias têm na morbimortalidade da população brasileira, foi instituído em 2001 o Programa HIPERDIA com o objetivo de cadastrar e acompanhar todos os portadores de HAS e DM atendidos no SUS a fim de se realizar um cuidado direcionado para esta população⁹. Para um cuidado integral, têm-se buscado estratégias diversas a fim de se alcançar uma melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, a exemplo da Consulta Coletiva.

A Consulta Coletiva trata-se de um atendimento multiprofissional realizado a um grupo de usuários específicos, podendo proporcionar trocas de experiências entre usuários e profissionais em um único momento¹⁰. Dada a natureza crônica da HAS e do DM, torna-se de suma importância a adesão terapêutica ao tratamento destas patologias, sendo a Consulta Coletiva de HIPERDIA uma estratégia relevante, visto que a mesma é capaz de estimular o autocuidado, reforçar a autoestima, além de constituir um importante espaço para a construção do vínculo com os profissionais, sobretudo aqueles que atuam na ESF^{11, 12}.

Considerando-se o pequeno número de publicações que abordam esta perspectiva, e tendo em vista a magnitude dos aspectos que envolvem a Consulta Coletiva do HIPERDIA, objetivou-se relatar a experiência vivenciada na Consulta Coletiva do HIPERDIA realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari-BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência. Foram relatadas vivências e reflexões geradas com base na minha experiência como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/Fiocruz no período de junho de 2016 a junho de 2017.

O contexto do relato se dá num município da região metropolitana de Salvador, sendo a quarta cidade mais populosa da Bahia. Esta abriga o primeiro complexo petroquímico planejado do país e o maior complexo industrial integrado do hemisfério sul, possui forte vocação petroquímica e automobilística e se destaca como principal fonte de geração de emprego e renda para o município e região. Trata-se de um dos mais ricos municípios do nordeste brasileiro, com PIB per capita em de R\$71.012,33¹³.

A vivência aconteceu em uma USF do município que conta com 04 eqSF compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de

saúde (ACS), além do apoio do NASF que é composto por fisioterapeutas, nutricionistas e professores de educação física, todos os profissionais de nível superior são residentes e se encontram em processo de formação.

Na USF em questão há uma demanda muito grande dos usuários hipertensos e diabéticos para a realização de consultas e para renovação de receitas. Visando atender tal demanda e diminuir o número de consultas individuais de um período pós-greve dos servidores de saúde do município de Camaçari-BA e almejando proporcionar para a comunidade um espaço de promoção de saúde, em junho de 2016 foi implantada a Consulta Coletiva de HIPERDIA na USF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a graduação me envolvi em atividades coletivas: tive a experiência de trabalhar com grupos de crianças e com grupo de idosos hígidos, inclusive com atividades abordando temas como a HAS e o DM. Apesar de ser tímida e não ter tanta facilidade para falar em público e conduzir grupos, sempre tentei vencer essas barreiras por acreditar na potencialidade dessas atividades. Quando me vi diante da possibilidade de participar da Consulta Coletiva de HIPERDIA, senti que seria algo prazeroso, um espaço onde me sentiria a vontade.

As Consultas Coletivas eram realizadas numa sala em anexo a USF e sua periodicidade era de uma vez por semana. Buscando reforçar o vínculo com os usuários, uma eqSF diferente assumia a cada Consulta, atendendo apenas a população da sua área adscrita. Para cada Consulta Coletiva, eram disponibilizadas em média quinze vagas para os usuários, tal número era limitado devido à própria logística da atividade, considerando o tempo e o espaço físico.

O fluxo para a marcação das Consultas Coletivas ocorria da seguinte forma: todo usuário que chegava a USF passava por um acolhimento que era realizado por mim e por outros residentes, em sistema de escala, durante todo horário de funcionamento da Unidade. No acolhimento, ao ser identificada a necessidade de renovação de receita, caso o usuário não tivesse nenhuma demanda que necessitasse de uma consulta individual, este era direcionado à recepção a fim de realizar sua marcação na próxima Consulta Coletiva da sua equipe de referência. Se o usuário necessitasse da troca imediata da receita, a mesma era renovada garantindo a quantidade de medicamento até a data da sua Consulta Coletiva.

A reunião de equipe era, de forma geral, o momento em que acontecia o planejamento das Consultas Coletivas. O planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia, mas sim um compromisso com a ação. Se não há planejamento, as coisas acabam improvisadas e a mercê dos acontecimentos e circunstâncias¹⁴.

O planejamento da Consulta Coletiva sempre foi algo, a meu ver, muito deficiente onde dispndia-se pouco tempo para o mesmo. Este era comumente feito ao final das reuniões e havia certa pressa para que terminássemos logo. Talvez pelo cansaço do final de turno, ou pela pouca importância atribuída à atividade, além de não haver o costume de se fazer uma discussão/reflexão desta prática.

Percebia também o pouco envolvimento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) até mesmo porque estas não eram muito presentes na própria reunião de equipe. Talvez, se houvesse um roteiro formal para o planejamento, poder-se-ia qualificar este processo.

A execução da Consulta Coletiva ocorria comumente em quatro etapas:

Primeira etapa

No primeiro momento acontecia a apresentação das pessoas que participariam da Consulta: os profissionais e os usuários, todos falavam seu nome para que pudéssemos ir nos conhecendo. Tratava-se de um momento de aproximação e muitas vezes de primeiro contato do usuário com a equipe. Logo a seguir era explicado como funcionava a Consulta Coletiva.

Esta contava, de modo geral, com a presença do médico, enfermeiro e dentista. Apesar dos esforços para a inserção das ACS na Consulta Coletiva, poucas participavam. É provável que o motivo seja pela deficiência no planejamento durante as reuniões de equipe, não só pela pouca participação na própria reunião, mas também por não ficar tão claro para as ACS o quão importante é o seu papel dentro das Consultas Coletivas e as suas possibilidades de atuação durante este momento. Além dos profissionais já citados, as Consultas Coletivas sempre contavam com pelo menos um profissional do NASF.

Segunda etapa

Neste momento eram medidos os níveis glicêmicos e pressóricos, assim como o peso, altura, circunferência de cintura, circunferência de quadril, índice de massa corporal (IMC) e relação cintura-quadril (RCQ). Para otimizar a coleta destes dados, eram

criadas ilhas de aferição, onde ficava pelo menos um profissional fixo realizando a medida, enquanto os usuários eram orientados a passar por todas as ilhas.

Nos primeiros meses das Consultas Coletivas, eu e os meus colegas do NASF éramos muito requisitados para ficarmos na mensuração antropométrica. Provavelmente essa questão se deva ao fato de termos uma maior aproximação com a antropometria na nossa prática clínica, porém tal circunstância limitava muito nossa atuação e contribuição durante esta etapa, principalmente no que se refere ao matriciamento, entendido como a troca de saberes entre profissionais do mesmo ou de diferentes serviços capazes de ampliar o campo da atuação e qualificar ações¹⁵.

Ao tentar sensibilizar os colegas por meio do diálogo, percebi que havia certa insegurança por parte deles na mensuração dos dados antropométricos. A partir de reflexões notei que essa insegurança se devia muito pela falta da prática, percebendo então a necessidade e importância do matriciamento. A partir daí busquei inserir sempre um profissional da eqSF nas ilhas da antropometria, para que pudéssemos compartilhar a prática dessas mensurações. Ainda assim notei certa resistência, talvez por se tratar de algo muito técnico e repetitivo, caracterizando-se uma atividade monótona.

Terceira etapa

Neste momento era realizada uma roda de conversa com temas escolhidos durante o planejamento, o intuito era de realizar um momento de educação em saúde. Como eram, na maioria das vezes, usuários diferentes a cada Consulta Coletiva, os temas dessas rodas giravam em torno do entendimento do usuário acerca da sua própria patologia e do cuidado.

Kleinman et al.¹⁶, 2006, abordam o cuidado em saúde em diferentes perspectivas: o cuidado de saúde profissional, que trata do cuidado formal, médico, especializado e os cuidados informais que são o popular e o *folk* que se referem ao auto tratamento, cuidados familiares, grupos de autoajuda, curandeiros e outros. Acredita-se que 70% a 90% destes cuidados sejam geridos exclusivamente fora do cuidado profissional, assim torna-se de suma importância abordar os cuidados informais durante atividades como a Consulta Coletiva, e alinhar tais conhecimentos.

A demonstração da falta de paciência dos usuários durante a consulta coletiva, principalmente durante esta etapa da roda de conversa era algo notório. Tal fato pode

ser explicado pelo maior tempo despendido quando comparado, por exemplo, a consulta individual, além de se tratar de uma situação nova e desconhecida pela maioria deles. Apesar da ESF ser pautada pelo modelo de vigilância em saúde que encoraja a promoção à saúde, ainda nos parece estranho e distante do usuário uma atividade como a Consulta Coletiva. Tal fato sugere ainda haver uma referência à manutenção do núcleo de trabalho, individualizante e fragmentador de ações, tendo-se a necessidade de instrumentos relacionados à organização do processo de trabalho e que impliquem no monitoramento e avaliação da atenção prestada¹⁷.

Algumas vezes, quando havia um planejamento mais próximo do adequado, conseguíamos realizar algumas dinâmicas que possibilitavam um maior envolvimento dos usuários, dando vez e voz a cada um. Percebia que alguns, mesmo tímidos e sem muito ânimo para participar, acabavam se envolvendo mais na atividade ao se enxergar no outro. Ao ver que o outro também tinha dificuldades com seu tratamento: a dificuldade de cumprir horários, de realizar atividade física, de seguir uma dieta adequada, além de outros aspectos como o medo da dependência do medicamento e o medo dos agravos, a exemplo do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), tais receios e dificuldades são muito relatados em artigos científicos que abordam a mesma temática^{18,19,20}.

Percebia que a partir daí os usuários ficavam mais à vontade para conversar, por exemplo, sobre as suas estratégias de enfrentamento. Tais estratégias correspondem aos processos que o indivíduo perpassa para administrar ou manejar demandas específicas consideradas estressantes e as emoções geradas²¹. Essa troca me fez refletir sobre o quão complexo se torna a presença de uma patologia crônica na vida de alguém, me fazendo enxergar ainda mais a importância do olhar integral sobre o indivíduo.

A autonomia no campo da saúde está ligada ao território, às crenças e ideologias, além dos conhecimentos adquiridos a partir de experiências e processos de comunicação²². Neste sentido, ressalto a importância do usuário como protagonista e sujeito ativo no processo de gestão e cogestão do cuidado com o intuito de mudar sua realidade, e vejo que momentos assim que proporcionam diálogos e discussões podem ser um ponto de partida para tal postura.

Quarta etapa

As conversas individuais com os usuários aconteciam inicialmente com o profissional médico ou enfermeiro da eqSF, os indivíduos eram chamados por ordem de chegada e logo após eram liberados. Tratava-se de um momento em que eu e os outros profissionais ficávamos na retaguarda, afinal o motivo principal daquela conversa individual era a troca da receita vencida, e somente tais profissionais eram habilitados para fazê-la.

Durante essa conversa, para guiar as suas condutas, o profissional tinha acesso ao prontuário do usuário e também às informações coletadas durante a segunda etapa. Estas informações eram registradas no livro de registros da USF, assim como em um cartão que era distribuído no início da atividade e que ficava posteriormente em posse do usuário. Hoje vejo que outros dados valiosos poderiam ter sido adicionados neste cartão, a exemplo da investigação de tabagismo, etilismo e nível de atividade física.

Com o passar do tempo fui percebendo a importância da minha inserção e dos outros profissionais nesta etapa. Mesmo não podendo fazer a renovação de receita, este momento era onde todo o olhar era direcionado exclusivamente para aquela pessoa, onde se podia descobrir e perceber aspectos individuais que talvez tenham passado despercebido durante as outras etapas da Consulta Coletiva.

Quando passei a me inserir nesta etapa, pude aprender muito com meus colegas. Percebi o quão rico era o matriciamento que acontecia ali entre nós profissionais residentes e o quão rico era a troca de conhecimentos do campo e do núcleo, sendo possível assim ampliar o olhar e dar um melhor direcionamento às ações e orientações. Neste momento o usuário era apresentado e convidado a participar de outras atividades disponíveis na USF, a exemplo do Grupo de Práticas Corporais e do Grupo de Convivência Qualidade de Vida. A partir daí o usuário era liberado e o seu retorno para uma consulta, seja ela individual ou coletiva, era feito somente quando o mesmo voltava a procurar a USF.

Ao final da atividade, a ideia era de todos os profissionais se reunirem para fazer a avaliação da Consulta Coletiva do dia. Muitas vezes terminávamos muito em cima do final do turno e não tínhamos tempo de fazê-la, outras vezes alguns dos profissionais se dispersavam em outras atividades e acabávamos não fazendo tal avaliação. Quando a mesma não acontece vejo como um prejuízo grande, visto que é neste momento de avaliação que se tem a oportunidade de se realizar reflexões sobre a prática, readequar ações e redefinir objetivos^{23,24}.

Senti falta de um *feedback* dos usuários, pois não havia tempo reservado para isso. O *feedback* que tinha era durante a própria consulta: de forma geral ouvia muitos elogios, eles gostavam de ter vários profissionais presentes num único espaço, já as queixas geralmente giravam em torno da demora da atividade, uma vez que a mesma durava em média 2 horas e meia. Não acho que seja um tempo tão grande, considerando todas as etapas da Consulta Coletiva, porém muitas vezes a mesma demorava a começar o que geralmente era devido à logística de separar materiais e de ter todos os profissionais ali reunidos. Estes aspectos seriam resolvidos com um melhor planejamento ao elencar responsáveis, por exemplo, para a separação dos materiais e para organização da sala. Compreende-se que a satisfação do usuário deve-se ser avaliada pois são reconhecidas como portadoras de racionalidade e amparadas no contexto histórico e social de sua produção, tornando-se uma ferramenta capaz de subsidiar o processo de decisão compartilhada de forma a se reorganizar e repensar o processo de trabalho e práticas profissionais^{24,25}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar de uma atividade como a Consulta Coletiva tornou-se uma oportunidade ímpar. Compartilhei saberes e troquei experiências maravilhosas com a população ali atendida. O aprendizado adquirido com os colegas e com os usuários durante a atividade são de grande importância para meu desenvolvimento pessoal e profissional. Foram desenvolvidas e aperfeiçoadas competências e habilidades pouco exploradas anteriormente, aprendi a trabalhar melhor em equipe, a ser mais responsável e mais protagonista, a escutar mais as pessoas e valorizar todo tipo de conhecimento, conseguindo relacionar informações, compreender melhor os fenômenos e analisar situações-problema.

Vejo a Consulta Coletiva como um espaço de grande potencial para prevenção e promoção da saúde. Existem ainda pontos que precisam ser melhorados a exemplo do planejamento e avaliação final, daí a importância das avaliações e reflexões acerca desta atividade, afim de se aprimorar esta prática. Este caso trata-se de uma experiência local, mas é sabido que muitas USFs no Brasil realizam práticas semelhantes, o compartilhamento destas tende a aprimorar e encorajar a realização de atividades coletivas para os usuários.

Diagnósticos como o da HAS e do DM podem impactar significativamente na vida dessas pessoas. As ações de enfrentamento destas patologias se mostram de grande importância, visto que se trata de condições crônicas e que exigem a adoção de novos hábitos de vida. Estudos como o presente relato possibilitam uma reflexão sobre as experiências, mostrando-se como um instrumento capaz de auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver ações e medidas buscando a integralidade do cuidado. Novos estudos devem ser conduzidos a fim de se aprofundar o conhecimento em atividades como a abordada neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*. 2005;83(4):731-757.
2. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
3. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv.* 2012;21(4).
4. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 2015;6(1):99-108.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [acesso em 02 ago 2017]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
6. Brandão AA, Amodeo C, Nobre F. Hipertensão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2012.
7. Vasconcelos KEL, Carneiro TS. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In Davi J, Martiniano C, Patriota LM, orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. DATASUS [Base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 - [acesso em 2017 ago 08]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.
10. Gurgel PKF, Tourinho FSV, Monteiro AI. Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):539-543.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios [homepage na internet]. Camaçari [acesso em 2018 jan 15].

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?t=destaques&c=2905701>.

14. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GW. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec/Fiocruz, 2006.
15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
16. Kleinman, A.; Eisenberg, L.; Good, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2006;4(1):140-149.
17. Mishima SM et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(3).
18. Brito SN, Fraga-Maia HMS, Zarife A. Systemic arterial hypertension: social representations of patients attended at primary care about the disease and its treatment. Brazilian Journal of Medicine and Human Health. 2017;5(4):183-193.
19. Costa e Silva MED, Costa LDCS, Oliveira ADS, Gouveia MTO, Nunes BMVT, Alves ELM. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão arterial. Ver Bras Enferm. 2008 Jul-Ago;61(4):500-7.
20. Maciel KF, Ulbrich EM, Labronici LM, Maftum MA, Mantovani MF, Mazza VA. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. Cienc Cuid Saude. 2011;10(3):437-443.
21. Lazarus, R. S., Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
22. Rabello LS. Promoção da Saúde a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
23. Shimizu HE, Rosales C. Family perspective on a family care program. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(5):883-888.
24. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Colet. 2006;11(3):683-703.
25. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(3):599-613.