

Rebouças Júnior, F. G., Silva Galdino, M. S. S., & Sousa, M. L. T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado

Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado

Multidisciplinary care of people with hypertension and diabetes: potentiating the care

Francisco Gilmário Rebouças Júnior¹

Marcio Shelley Silva Galdino²

Maria Lidiany Tributino de Sousa³

Resumo

Este artigo tem como objetivo compartilhar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional no acolhimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um trabalho realizado durante o processo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no qual uma equipe composta por enfermeiro, educador físico, psicólogo, fonoaudióloga, fisioterapeuta e nutricionista compartilhou a atenção às pessoas com essas doenças, trazendo um olhar mais integral no processo de cuidado. A abordagem profissional era realizada de maneira conjunta, em que o centro da ação era o usuário do serviço de saúde. Durante esse processo, observamos diversas potencialidades no compartilhamento dessa demanda, bem como a necessidade de maior aprofundamento nas discussões do campo multiprofissional e de aprendizagem mútua e na relação com o usuário.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Hipertensão, Diabetes, Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This article aims to share the experience lived by a multidisciplinary team providing care for people with hypertension and/or diabetes in the Family Health Care Strategy. The work was conducted during the process of Multidisciplinary Residency in Family Health Care, in which a team consisting of a nurse, a physical educator, a psychologist, a speech therapist, a physiotherapist, and a nutritionist shared the care for the people with these diseases, bringing about a more holistic view in the care process. The professional approach was jointly performed, and the center of the action was the user of the health service. Throughout this process, we could observe several possibilities in the share of this demand, as well as the need for a deeper discussion in the multidisciplinary field and in the field of mutual learning and for a strengthened relation with the user.

Keywords: Family Health Care Strategy, Hypertension, Diabetes, Primary Health Care.

¹ Psicólogo, com especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Tutor do Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral, Ceará. EFSFVS, AV. Jonh Sanford, 1320, CEP. 62030-000, Junco, Sobral, Ceará, Brasil. Tel.: (88) 3614-5520. E-mail: gilmariojr@gmail.com

² Educador Físico, mestrando em Saúde da Família pela UFC – *Campus* Sobral. Coordenador do Esporte e Lazer em Sobral, Ceará. Ginásio Poliesportivo Dr. Plínio Pompeu, Rua Mauro Andrade, 400, CEP: 62010-270. Alto da Brasília, Sobral, Ceará, Brasil. Tel.: (88) 3614-7288. E-mail: macc.shelley@gmail.com

³ Psicóloga, mestre em Saúde da Família pela UFC – *Campus* Sobral. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. Endereço: EFSFVS, Av. Jonh Sanford, 1320, CEP 62030-000, Junco, Sobral, Ceará, Brasil. Tel.: (88) 3614-5520. E-mail: tributiany@gmail.com

Introdução

Nas últimas três décadas, percebeu-se mudança significativa no perfil de morbimortalidade no Brasil. O quadro passou das doenças infecciosas e problemas materno-infantis para doenças crônico-degenerativas e agravos não-transmissíveis (Rumel, 2004).

Nesse contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM) são consideradas as mais comuns, possuindo os maiores índices de notificações, bem como produzindo uma série de sequelas em virtude da falta de cuidados às pessoas por elas acometidas (Brasil, 2006).

As doenças crônicas não-transmissíveis são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade e dislipidemia (nível elevado de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue). Desse modo, orientações, como redução de peso, prática de exercícios físicos, diminuição ou abandono do uso do álcool e tabaco, aumento no consumo de frutas e legumes, redução do consumo de sal e de gorduras, são amplamente difundidas pelos profissionais de saúde e pela mídia como formas de prevenir os agravos decorrentes.

A Política de Saúde do Ministério da Saúde estabelece uma série de estratégias de cuidado às pessoas com hipertensão e/ou diabetes como as medidas antitabágicas; as políticas de alimentação, nutrição e de Promoção da Saúde; a garantia de medicamentos básicos na rede pública; e os protocolos e a capacitação de profissionais de forma presencial e a distância.

A coordenação do cuidado à pessoa com uma doença crônica exige um acompanhamento longitudinal, contribuindo para uma atenção com vistas à Promoção da Saúde, bem como gerenciamento e monitoramento dos resultados.

Mesmo com a difusão de informações, muitas pessoas ainda desconhecem os agravos desenvolvidos, não aderem ao tratamento ou o realizam de maneira diferenciada da prescrita nos protocolos.

Canesqui (2007), em seu livro *Olhares Socioantropológicos sobre os Doentes Crônicos*, discorre sobre as percepções de pessoas acometidas por hipertensão e diabetes e nos mostra uma visão bem particular e diferenciada desses agravos, contendo elementos culturais, sociais e simbólicos, de acordo com as crenças e conceitos.

Em virtude disso, faz-se necessário repensar o cuidado às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, uma vez que o desenvolvimento dessas doenças se dá devido a múltiplos fatores, sendo a percepção dos usuários acerca do agravo imprescindível de ser considerada, pois influencia na busca do autocuidado e na aceitação das formas de tratamento e acompanhamento (Jardim, Sousa, & Monego, 1996).

Desse modo, apresenta-se a seguir uma estratégia realizada em um território do município de Sobral (CE) denominada Acolhimento Multiprofissional em

Hiperdia⁴, com o objetivo de potencializar o cuidado às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, propondo uma abordagem multiprofissional.

Este relato traz uma experiência vivenciada de acordo com os referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade, pautados na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos).

Acolhimento à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado

O Acolhimento Multiprofissional em Hiperdia teve início no mês de setembro de 2010 no Centro de Saúde da Família (CSF) do território da COHAB II, atendendo, mensalmente, em um turno, a aproximadamente dez pessoas com hipertensão e/ou diabetes que apresentavam complicações como dislipidemia, sobrepeso/obesidade e problemas psicológicos, entre outros. Foi pensado, inicialmente, para ser um momento multidisciplinar, no qual os profissionais de três categorias (enfermagem, educação física e nutrição) avaliavam o usuário.

Nesse momento, era realizada uma avaliação clínica analisando os aspectos nutricionais, físicos e farmacológicos do usuário, bem como orientações pertinentes a cada caso referentes às mudanças na dieta alimentar, à realização da prática de atividade física, assim como os encaminhamentos necessários: exames laboratoriais, atendimentos especializados, grupos, atendimentos individuais com outros profissionais, dependendo da necessidade do caso e visando à Promoção da Saúde, redução de danos, bem como a prevenção de agravos associados e, principalmente, a sensibilização para o autocuidado.

O mutirão

A proposta do Acolhimento incluiu a realização de um levantamento nas áreas de todas(os) as(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde (ACS) do território, para saber quantos e quem eram as pessoas com hipertensão e diabetes, assim como para se ter conhecimento da situação epidemiológica local. As(os) ACS trabalhavam no sentido de fazer a busca ativa de casos novos que ainda não haviam sido cadastrados, bem como dos casos pouco acompanhados ou em abandono.

Desse modo, foram planejados mutirões, momentos em que os profissionais encontravam-se com os usuários com intuito de cadastrar os casos novos e triar os casos pouco acompanhados ou em abandono. Para orientar essa triagem, foi criado um instrumento de classificação de risco e prioridade para avaliação e

⁴ O hiperdia caracteriza-se como um Sistema de Cadastro e Acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes dentro do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes *Mellitus* em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Em muitos Centros de Saúde, o momento de consultas programadas às pessoas com hipertensão e diabetes recebeu esse nome em referência ao programa do Ministério da Saúde.

encaminhamento dos usuários aos momentos de Acolhimento Multiprofissional ou para a consulta programada do Hiperdia com o enfermeiro.

No primeiro mutirão, foram convidados 30 usuários da área de uma ACS. Estavam presentes nesse momento representantes das categorias profissionais de enfermagem, educação física, nutrição e fonoaudiologia, bem como a preceptora de enfermagem e a tutora da equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que é profissional de Psicologia.

À medida que os usuários chegavam, o profissional de educação física mensurava peso, altura, circunferência da cintura e calculava o Índice de Massa Corporal (IMC), enquanto a preceptora de enfermagem verificava a Pressão Arterial (PA) e a Glicemia Capilar (Dx).

Os profissionais de enfermagem (residente e preceptora), junto à fonoaudióloga, dividiram-se no atendimento e preenchimento da ficha de classificação de risco, cadastro dos que ainda não estavam no sistema e renovação de pedidos de exames laboratoriais, enquanto a nutricionista, junto à tutora, ficaram na sala de espera, fazendo educação em saúde com os usuários que aguardavam atendimento.

Dos 30 usuários convidados, 15 compareceram ao mutirão, o que nos levou à reflexão da quantidade que poderia ser atendida em um turno, prezando pela qualidade do momento e não somente por uma ação a ser realizada para obter resultados meramente quantitativos.

Outros três mutirões foram realizados, demandando um encontro para avaliação desses momentos e novos arranjos a cada realização.

Avaliação e os novos arranjos

Após a realização dos mutirões, fez-se necessário um encontro para avaliação dos momentos. Alguns pontos foram levados em consideração, como o turno da tarde em que era realizado, pois a maioria dos que compareceram se mostrou insatisfeita com a temperatura ambiente, o que nos levou a refletir esse aspecto como uma barreira de acesso dos usuários ao momento proposto.

Também surgiu a necessidade de envolver outras categorias profissionais da Equipe de Saúde da Família, da RMSF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Acolhimento: Psicologia e Fisioterapia.

Avaliaram-se as dificuldades e potencialidades dessas estratégias: Acolhimento e Mutirões, assim como se pensou na organização dessas ações na perspectiva do Cuidado.

O instrumento de classificação de risco e de prioridade

Para a avaliação dos casos nos mutirões, foi necessário construir um instrumento de classificação de risco, partindo-se de uma ficha previamente construída e implantada na reorganização do Hiperdia nos CSF do

Alto da Brasília e do CSF do CAIC, ambos bairros de Sobral, que contemplava informações referentes às categorias de enfermagem, nutrição e educação física. Esse instrumental foi adaptado, objetivando atender às necessidades dos usuários, sendo incluídas informações referentes à saúde auditiva, saúde mental e prevenção e detecção de incapacidades decorrentes dessas doenças, a exemplo do pé diabético e sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC).

Em relação à classificação de prioridade, pontuou-se em forma decrescente de acordo com o risco oferecido por cada agravo: a pontuação 3 equivalia aos valores alterados de PA, Dx, neuropatia e retinopatia; a pontuação 2, ao IMC elevado, dislipidemia, polimedicação, uso incorreto da medicação, elevada circunferência da cintura, sedentarismo, antecedentes cardiovasculares (IAM e AVC) e se já fez tratamento prévio de saúde mental; com pontuação 1, tabagismo e alcoolismo, relação entre o humor e o apetite, sintomas ansiosos e depressivos, queixas auditivas e vestibulares, uma vez que não se pode afirmar sem exames complementares se esses últimos são decorrentes da hipertensão e diabetes ou de outros fatores.

Dessa forma, todos os usuários que tivessem agravos referentes à pontuação 3 tinham indicação para atendimento com o profissional de medicina para avaliar a medicação; os demais, que apresentavam pontuações 1 e 2, seguiriam o critério de maior somatório das pontuações como prioridade para atendimento no Acolhimento Multiprofissional.

Concomitantemente, a proposta foi apresentada no momento da roda semanal do CSF, quando os profissionais foram consultados quanto à relevância da ação, o interesse dos mesmos em participar do processo e a melhor forma para realizá-la, pensando-se na perspectiva de construir uma proposta coletiva de intervenção de modo a contribuir para uma solidificação das ações, proporcionando uma apropriação do processo e garantindo continuidade da ação.

O acolhimento e suas mudanças

Após os mutirões e avaliações, o Acolhimento passou a acontecer quinzenalmente em um turno, acolhendo cinco usuários. Nesse meio tempo, viu-se a necessidade de incluir todas as categorias profissionais disponíveis para essa ação, tais como: psicologia, educação física, fonoaudiologia e fisioterapia, bem como a tutora, as(os) ACS e auxiliares de enfermagem. Antes do Acolhimento, a auxiliar de enfermagem verificava os valores de PA e Dx e a tutora organizava a demanda na sala de espera.

O momento, organizado dessa forma, foi mais proveitoso, uma vez que contou com profissionais de outras categorias, o que proporcionou uma abordagem mais ampliada e uma escuta qualificada. Vale salientar a importância das avaliações ao longo do processo, que proporcionaram a melhoria da estratégia, pois se consideraram os avanços e dificuldades observadas na atuação.

Nesse momento, os profissionais puderam observar entre si como cada um abordava questões pertinentes à sua categoria para o cuidado da pessoa com hipertensão e/ou diabetes. Foram aprendendo as especificidades nessa abordagem com as outras categorias e socializando o saber do núcleo na construção de um campo de cuidado comum.

A ampliação do olhar sobre a hipertensão e diabetes foi um dos pontos centrais do trabalho. Compreender a necessidade de outros profissionais nesse processo foi um ganho para a equipe, ultrapassando os protocolos formais do Sistema de Saúde, que limitam o cuidado a determinados profissionais. Destacamos, assim, o potencial do trabalho multiprofissional no exercício da integralidade do cuidado em saúde. A contribuição de outros olhares profissionais fez com que os profissionais envolvidos avançassem diante da complexidade dos casos.

A escuta aos usuários durante esse processo e a reflexão sobre as dificuldades com base na fala das pessoas, discutindo com elas o que era adequado, quais os seus sentimentos diante do que era pensado para o seu cuidado, caracterizaram-se como pontos importantes para a aprendizagem nessa estratégia.

O acolhimento e suas dificuldades

Como dificuldades, foram trazidas a fragilidade na comunicação, a incompatibilidade de agenda dos profissionais que muitas vezes resultou num quadro incompleto das categorias envolvidas, a inviabilidade dos horários da manhã para o profissional de enfermagem que repercutiu em uma dificuldade de acesso do usuário a essa atividade no turno da tarde, assim também como a falta de um espaço físico adequado.

Após essas dificuldades iniciais, a equipe multiprofissional se reuniu para reorganizar como se daria o mutirão e compartilhar com a equipe do CSF formas de evitar os desencontros de informação.

Também foi inicialmente identificada uma fragilidade relacionada à construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)⁵, nos quais os profissionais, junto ao usuário, construam uma rotina de cuidado pessoal de acordo com as especificidades do caso. Outro desafio evidenciado foi a garantia de momentos de reavaliação desses usuários avaliados nos momentos de triagem/Acolhimento.

O acolhimento e suas potencialidades

Dentro das ações do Acolhimento em Hiperdia, identificou-se como potencialidade a participação de outras categorias, para além da enfermagem, bem como a aceitação dos demais profissionais do CSF na

realização sistemática dessa ação, assim como a oferta de outros serviços após o Acolhimento como grupos e atendimentos especializados, entre outros.

Apesar da impossibilidade de o profissional de medicina estar presente durante o Acolhimento, foi possível uma articulação com a médica do CSF para atender aos casos mais graves triados nos mutirões. Dessa forma, a abordagem multiprofissional potencializou a atenção às pessoas com hipertensão/diabetes, destacando a importância de outras categorias profissionais no acompanhamento na Atenção Primária e o potencial desse trabalho em conjunto, fortalecendo o cuidado e o aprendizado multiprofissional, e possibilitando a discussão e o acompanhamento dos casos por todos os profissionais envolvidos.

Nesse contexto, destaca-se a importância da contribuição das categorias para o aprimoramento do instrumental de classificação de risco, visando a uma abordagem mais integral, bem como ao compartilhamento das informações específicas para todos. Pauta-se a disposição dos docentes (preceptores e tutores) na organização e realização dos momentos. Ainda como potencial, faz-se necessário salientar o envolvimento e a satisfação dos ACS, da Equipe do CSF e do NASF.

É claro que os pontos centrais, dentro dessas inúmeras possibilidades de organização do serviço, foram as trocas de saberes e a disponibilidade para compartilhar/acolher e cuidar dos casos.

O cuidado

Como citado anteriormente, é necessário compreender a hipertensão e a diabetes como doenças crônicas de origem multifatorial. Dentro desse universo, o acompanhamento à pessoa com essas doenças também deve contemplar múltiplos fatores, primando por uma abordagem integral no cuidado em saúde.

É comum observamos o trato à hipertensão e a diabetes (doença), e não à pessoa (sujeito acometido pela doença). São construídos protocolos de controle, dispensa-se medicação, fazem-se orientações como “*não use sal na sua comida*”, “*reduza o consumo de açúcar*” e “*pratique atividade física*”, dentre outras, e não se percebe a pessoa para além da sua doença e do diagnóstico.

Vale salientar que a existência de protocolos é importante dentro da organização dos serviços de saúde, porém o cuidado em saúde vai além da mera aplicabilidade técnica. O Cuidado é bem mais amplo, sendo designado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência de adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2011, p. 89).

No atual contexto de saúde, o número crescente de pessoas com hipertensão e/ou diabetes torna-se preocupante, evidenciando uma mudança no quadro epidemiológico mundial. Muito se estuda quanto aos

⁵ Uma variação do “caso clínico” que torna possível a discussão e a construção coletiva, por uma equipe multidisciplinar, de um plano de ação, levando em consideração outros aspectos de cuidado para o sujeito, além do diagnóstico, como a perspectiva de ações intersetoriais, a divisão de responsabilidades, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário-equipe de saúde e a avaliação (Brasil, 2007).

tratamentos farmacológicos e condutas gerais a serem abordadas, mas nem sempre esses caminhos alcançam resultados esperados pelos profissionais de saúde.

E eis aí a questão: muitas vezes, são resultados esperados pelos profissionais de saúde, não levando em consideração o que a pessoa espera de seu tratamento. Mudar alimentação, não se preocupar tanto com a situação familiar e praticar atividades físicas parecem ser ações fáceis de serem realizadas, ou melhor dizendo, prescritas.

Caponi (2003) destaca que os estudos epidemiológicos são de grande valia para o avanço no cuidado em saúde, mas deve-se tomar cuidado para não nos tornarmos reféns deles no trabalho em saúde. A autora ressalta a importância da saúde como abertura para o risco, uma aprendizagem a partir das limitações e, a partir daí, construção de formas de cuidado que aliem fragilidades ao potencial de ser saudável, apontando para novos horizontes na construção de saúde.

Com base no pensamento nietzschiano, Peixoto Junior (2010) destaca que o reconhecimento das potencialidades de um corpo, para além das patologias nele existentes, é importante para outras perspectivas de saúde. Essas capacidades do “corpo doente”, se assim se pode dizer, desconstrói um ideário de corpo puro, livre de qualquer doença, evidenciando uma corporeidade que vive em eterna contradição entre fatores de bem-estar e adoecedores presentes em nossa sociedade.

Com o olhar voltado para essas outras vozes muitas vezes esquecidas, a proposta do Acolhimento Multiprofissional do Hiperdia surgiu na busca deste diálogo entre o saber científico e a vida do usuário do serviço de saúde. Um encontro que propiciasse um cuidado.

A palavra acolhimento traz em si a busca por um atendimento mais humanizado, em que há encontros de subjetividades, tornando a intervenção do cuidado mais efetiva. Vale salientar que acolhimento não deve ser confundido com recepção, pronto-atendimento apenas, mas sim com um ato de receber a pessoa a partir de uma escuta qualificada, que permita evidenciar a complexidade da demanda trazida (Ayres, 2011).

Destaca-se, assim, uma clínica centrada no sujeito, voltada às suas expectativas e estilo de vida. É a construção do cuidado voltado para o que eu, como pessoa, desejo para minha vida, para o meu *projeto de felicidade* (Ayres, 2011).

Resultados e conclusão

Percebe-se que esse Acolhimento tornou-se um espaço de cuidado relevante para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. É o momento em que são acolhidas, escutadas de maneira calma, podendo revelar tudo o que sentem e interagir com os diversos profissionais presentes.

É primordial salientar também o interesse crescente dos outros enfermeiros do CSF, tornando-se sensíveis ao processo e metodologia do Acolhimento, evidenciando todo o aspecto de organização dos

serviços, como também a mudança do foco do olhar e do fazer engessado da “queixa-conduta”⁶, e garantindo, assim, a integralidade da assistência e a promoção da saúde.

A participação das(os) ACS e técnicas de enfermagem foi fundamental para todo o processo. A difícil conciliação de agendas dos profissionais envolvidos mostrou-se como empecilho no início. Porém, com o decorrer do processo e a crescente demanda e importância do Acolhimento, fez com que esse momento fosse prioridade nas agendas dos mesmos.

O Acolhimento constituiu-se como um espaço de encontro entre diversas racionalidades técnicas na busca de um cuidado integral, possibilitando a junção de diversas profissões com os usuários com o objetivo de traçar planos de cuidado específicos, haja vista que cada um tem uma subjetividade única.

O exercício da escuta entre os saberes na realização desse cuidado foi um dos mais relevantes. Cada profissional tinha questões específicas, referentes ao seu núcleo de prática, a ouvir nessa conversa. O ato de ouvir e perceber como cada um lida com as diversas informações que eram trazidas enriqueceu bastante o processo de formação dos profissionais ali presentes.

A aprendizagem não se deu apenas por parte dos profissionais: as pessoas que iam até o Acolhimento também experimentaram outra forma de cuidado com a sua hipertensão e diabetes. No encontro entre a história de vida e o saber profissional, traçaram-se possibilidades de cuidado, contemplando ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2011). *Cuidado: Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde*. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO.
- Brasil (2006). *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. (Cadernos de Atenção Básica, 15). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2007). *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Canesqui, A. M. (2007). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Ucitec/Fapesp.
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção*

⁶ Lógica do pronto atendimento que desconsidera a vida e as histórias dos sujeitos.

Rebouças Júnior, F. G., Silva Galdino, M. S. S., & Sousa, M. L. T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado da Saúde: conceitos, reflexos, tendências (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Jardim P. C. B. V., Sousa A. L. L., & Monego E. T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*, 29, 232-238.

Peixoto Junior, C. A. (2010). Algumas considerações nietzschianas sobre corpo e saúde. *Interface*, 14(35).

Rumel, D., Toscano, C. M., & Mengue, S. (2004). Condições de Saúde da População Brasileira (3a ed.). In Duncan, B., Schmidt, M. L., & Giugliani, E. (Orgs.). *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências* (pp. 59-68). Porto Alegre: ArtMed.

Recebido: 30/07/2012
Revisado: 01/08/2013
Aprovado: 10/09/2013