

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Saúde da Família**

Rogéria Videira Chagas Braga

**Determinantes da Não Adesão ao Tratamento Medicamentos de Usuários
Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde**

**Juiz de Fora
2019**

Rogéria Videira Chagas Braga

**Determinantes da Não Adesão ao Tratamento Medicamentos de Usuários
Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Braga, Rogéria Videira Chagas.

Determinantes da Não Adesão ao Tratamento Medicamentos de Usuários Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde/ Rogéria Videira Chagas Braga. -- 2019.

180 f. : il.

Orientadora: Lêda Maria Leal de Oliveira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Adesão à Terapia Medicamentosa. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Cuidado em Saúde. I. Oliveira, Lêda Maria Leal de, orient. II. Título.

ROGÉRIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA

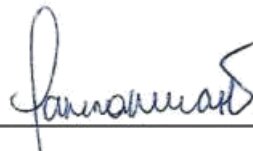
**“DETERMINANTES DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Mestrado Profissional em Saúde da Família – Profsaúde, da Universidade
Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários para a
obtenção do título de mestra em Saúde da Família.

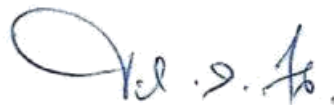
Aprovada em 29/04/2019.



Leda Maria Leal de Oliveira – UFJF



Marina Monteiro de Castro e Castro – UFJF



Túlio Batista Franco - UNICAMP UFF

Dedico esse trabalho a todos os profissionais da Atenção Primária em Saúde que se empenham diariamente em cuidar de pessoas e não somente se esforçam para tratar as doenças.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo maravilhoso dom da vida. Viver é a capacidade de superar obstáculos mantendo o coração sempre jovem e repleto de esperanças.

Aos meus pais Rogério e Larcí, pessoas de grande bondade e caráter, que sempre me incentivaram a prosseguir superando as dificuldades e valorizando o lado belo da vida.

Aos meus irmãos Fábio, Adriana e Simone, por todo o companheirismo e ajuda nos momentos difíceis. São meus anjos da guarda.

Ao meu querido marido Pedro, por sua contagiante alegria e pela paciência e compreensão em relação ao tempo que gastei dedicando a realização desta pesquisa.

A todos os colegas e professores do mestrado que tão generosamente contribuíram com suas experiências e saberes para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

À querida professora Lêda Maria Leal de Oliveira, que tão pacientemente me orientou, incentivou, esclareceu dúvidas e ampliou meu horizonte de conhecimentos durante essa minha jornada. Posso me atrever a dizer que me senti cuidada e acolhida em sentido pleno, integral, tamanha a sua dedicação e carinho.

Aos demais professores que fizeram parte da minha banca de qualificação, Túlio Batista Franco, Marina Monteiro de Castro e Castro, Paula Martins Sirelli e Isabel Cristina Gonçalves Leite, pela enorme disponibilidade ao aceitar meu convite para participar das bancas e pelo respeito e profissionalismo com o qual me receberam, por seus exemplos de vida e talento, que com certeza servirão sempre de inspiração em minha trajetória.

Ao amigo e professor Ricardo Goiatá pelo ensinamento e incentivo ao constante aperfeiçoamento.

A todos os amigos e colegas de trabalho, aos jovens médicos residentes Pedro Júnior Toledo e Lucíula Takaki e meus demais alunos que de alguma forma contribuíram com minha jornada e me incentivaram a seguir em frente, renovando a minha crença na medicina mais humanizada.

Aos queridos usuários hipertensos, pessoas que com toda boa vontade compartilharam suas histórias de vida, sentimentos e crenças, tornando possível a realização desta pesquisa.

Muito obrigada a todos pela colaboração e incentivo!

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma condição clínica crônica caracterizada atualmente em nosso país como níveis pressóricos elevados e persistentes, iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg. A hipertensão arterial sistêmica atua também como fator de risco para outras doenças como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico. Alguns fatores de risco contribuem para o surgimento da hipertensão arterial sistêmica entre eles a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo e a idade avançada. Apesar da criação de programas e políticas públicas destinadas à prevenção, ao controle e a reabilitação das complicações decorrentes do quadro hipertensivo, a não adesão ao cuidado medicamentoso atinge níveis alarmantes, em torno de 40 a 60% dos casos. Este estudo se propõe a verificar quais fatores interferem na decisão de não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde de Dom Bosco, no município de Juiz de Fora e teve como sujeitos 20 usuários hipertensos acompanhados pela equipe de saúde da referida Unidade de Saúde. Os motivos para a não adesão foram agrupados em quatro categorias: 1. relativos às reações dos medicamentos no organismo, 2. relacionados ao usuário hipertenso, 3. referentes aos profissionais da saúde e sua relação com os usuários, 4. alusivos ao acesso a medicamentos e serviços na rede pública. Todos os aspectos evidenciados condicionam a decisão do usuário, contudo dois são determinantes: a carência de comunicação e a relação deficitária entre médico e usuário hipertenso. Ambos permeiam os outros pontos elencados e afloram a necessidade do cuidado. Cuidado que deve ser integral e ultrapassar o simples ato de uma prescrição médica.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão à Terapia Medicamentosa. Atenção Primária à Saúde. Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is an important public health problem in Brazil and in the world. It is a chronic clinical condition currently characterized in our country as high and persistent pressure levels, equal to or greater than 140 x 90 mmHg. Systemic arterial hypertension also acts as a risk factor for other diseases such as acute myocardial infarction and stroke. Some risk factors contribute to the emergence of systemic arterial hypertension, including heredity, obesity, sedentary lifestyle and old age. Despite the creation of programs and public policies aimed at the prevention, control and rehabilitation of complications arising from the hypertensive picture, the non adherence to medical care reaches alarming levels, around 40 to 60% of the cases. This study aims to verify which factors interfere in the decision of not adhering to prescribed drug therapy. The research has been carried out in the Basic Health Unit of Dom Bosco, in the municipality of Juiz de Fora and has as subjects 20 hypertensive users accompanied by the health team of the referred Health Unit. Reasons for non compliance were grouped into four categories: 1. related to side effects of medicines in the human body, 2. related to hypertensive users, 3. referring to health professionals and their relationship with users, 4. allusive to access to medicines and services in the public network. All aspects showed are directly linked to the users' decision however two are determinants: the lack of communication and the defficient relationship between doctor and hypertensive user. Both permeate the other points listed and arise the need for care. Care should be comprehensive and go beyond the simple act of a medical prescription.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Adherence to Medicinal Therapy. Primary Health Care. Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1–	Classificação da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Para usuários acima de 18 anos	66
Tabela 2 –	Classificação da pressão arterial conforme o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure para usuários acima de 18 anos	67
Tabela 3–	Classificação da pressão arterial, de acordo com a categoria da International Society of Hipertension/Organização Mundial da Saúde, para usuários adultos.....	67
Tabela 4–	Classificação da pressão arterial de acordo com American Heart Association/American College of Cardiology Guidelines, para usuários adultos (acima de 18 anos).....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde.
ARMS	Adherence to Refills and Medications
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCC	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
BMQ	Beliefs About Medication Questionnaire
BMQ2	Brief Medication Question
BRA	Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina
CAE	Comissão de Assuntos Econômicos
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAC	Doença Arterial Coronariana
DASH	Dietary Approaches to Stop Hipertension
Datusus	Departamento de Informática do SUS
DC	Débito Cardíaco
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia do Departamento de Atenção Básica para Reorganizar a Informação deste Setor.
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministério
HAR	Hipertensão Arterial Resistente
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus

HPS	Hospital de Pronto Socorro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de massa corporal
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IR	Insuficiência Renal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITB	Índice Tornozelo - braquial
JNC7	Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment High Blood Pressure
LCI	Linha do Cuidado Integral
LDH	Low Density Lipoprotein
LOA	Lesões em Órgãos-alvo
MAPA	Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MMAS-8	Morisky Medication Adherence Scale - 8 itens
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Pesquisa Nacional de saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PURE	Estudo Prospectivo Urbano Rural Epidemiológico
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
RVP	Resistência Vascular Periférica
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SCHDO	Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, do <i>Diabetes Mellitus</i> e da Obesidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS HIPERDIA	Sistema de Gestão clínica da Hipertensão e Diabetes Mellitus na Atenção Básica
SM	Salário-mínimo
SSSDA	Secretaria Municipal de Saúde , Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNESCO	Organização das Nações unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A HIPERTENSÃO E SUA MAGNITUDE	22
2.1	AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: A HAS EM QUESTÃO	25
2.1.1	Estratégias de enfrentamento	32
2.1.2	A Organização dos serviços de saúde através das Redes de Atenção à Saúde	41
2.2	SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	50
2.2.1	Fisiologia, fisiopatologia, conceito e avaliação clínica do usuário hipertenso	50
2.2.2	Hipertensão Arterial Sistêmica: tipos e formas de apresentações clínicas	57
2.2.3	Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de risco e classificação	62
2.3	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO.....	68
3	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CUIDADO E ADESÃO	72
3.1	CUIDADO: AFINAL DO QUE SE TRATA?	72
3.1.1	Cuidado não medicamentoso	93
3.1.2	Cuidado medicamentoso	96
3.1.2.1	<i>Cuidado medicamentoso com drogas anti-hipertensivas de primeira linha</i>	100
3.1.2.2	<i>Cuidado medicamentoso com anti-hipertensivos de segunda linha</i>	103
3.2	ADESÃO AO CUIDADO MEDICAMENTOSO	106
4	CUIDADO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DE DOM BOSCO/JUIZ DE FORA: A NÃO ADESÃO EM FOCO	115
4.1	USUÁRIOS HIPERTENSOS DO ESTUDO: AFINAL QUEM SÃO ELES?.....	121
4.2	FATORES QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA ANTI-HIPERTENSIVA.....	124

4.2.1	O uso dos medicamentos versus a não adesão	124
4.2.2	Fatores inerentes ao próprio usuário hipertenso	132
4.2.3	Fatores relacionados ao acesso à medicamentos e serviços.....	144
4.2.4	Fatores alusivos à relação profissional X usuário.....	147
5	CONCLUSÃO	149
	REFERÊNCIAS.....	153
	APÊNDICES	170
	ANEXOS	173

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica gerada por múltiplos fatores, sendo descrita em nosso país, atualmente, como elevação persistente dos níveis pressóricos, sendo estes superiores ou iguais a 140 x 90 mmHg. Esses valores podem mudar em função dos avanços científicos e de acordo com os riscos à saúde que representam para cada sociedade. A hipertensão arterial representa um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Em nosso país, a hipertensão ocorre em 32,5% da população adulta, sendo seu acometimento superior a 60% em idosos (MALACHIAS *et al.*, 2016). De acordo com Braga Júnior, Toledo e Zaranza (2018), 25% da população brasileira adulta é portadora dessa doença, atingindo uma prevalência de 40% e estima-se um aumento da taxa de prevalência atingindo 60% até o ano de 2025. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2013, a HAS acometeu um em cada três indivíduos no mundo, aproximadamente mais de dois bilhões de pessoas (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atestaram que em Juiz de Fora, o número de casos de hipertensos, considerando a série histórica de 5 anos (2009 a 2013), foi superior à média nacional, realidade que vem persistindo ao longo dos anos (HIPERTENSÃO..., 2015). Para Mourão e Torres (2017), a realidade do município de Juiz de Fora é preocupante, posto que a hipertensão está presente em 34% da população adulta, número superior à média nacional.

A terapêutica da hipertensão arterial envolve dois aspectos: o cuidado não medicamentoso, que preconiza educação em saúde aliada a várias práticas para uma vida saudável, e o cuidado com o uso de medicação, este último recomendado principalmente para o controle das pressões mais severas e graves.

Seguir de modo correto a terapêutica proposta, seja ela farmacológica ou não, é condição fundamental para se alcançar o sucesso, através da cura, controle ou reabilitação de uma doença. Isto confere total importância à questão da adesão terapêutica, que pode se relacionar ao cuidado como um todo (dieta, prática de exercícios, modo de vida mais saudável) ou apenas ao uso correto da medicação. A adesão medicamentosa consiste em utilizar os medicamentos prescritos pelo médico

em pelo menos 80% do seu total, sendo respeitados seus horários, doses e o tempo total do tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Infelizmente a adesão correta à terapêutica não é algo muito fácil de obter, pois depende de vários fatores, dentre eles, tempo, dinheiro, compreensão da própria doença e diversas causas relacionadas ao doente. Devido a tais fatores, a não adesão medicamentosa atinge índices elevados e preocupantes. Estimativas realizadas em nível mundial em relação a doenças crônicas revelam que a não adesão varia de 25 a 60% dos casos (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014). Especificando a HAS, a porcentagem de usuários que não aderem ao cuidado farmacológico varia entre 40 a 60%. A não adesão é responsável pela falta de controle da pressão em mais de dois terços dos casos (BARBOSA; LIMA, 2006).

O tratamento inadequado da HAS contribui para o surgimento de várias complicações como a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana (DAC), a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, a retinopatia hipertensiva e a insuficiência vascular. Alguns trabalhos consideram que 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% dos óbitos por DAC são decorrentes de quadros hipertensivos (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Além disso, a perda de qualidade de vida e autonomia dos usuários hipertensos pode advir de complicações da doença hipertensiva, tais como a afasia e paralisia de membros decorrentes de um quadro de AVE, a perda cognitiva (principalmente relacionada à memória) consequente a um quadro demencial vascular, a necessidade da realização de hemodiálise no usuário renal crônico e a amaurose, decorrente da retinopatia hipertensiva.

Um dos quadros que também traz enorme preocupação aos serviços de saúde é a hipertensão pseudorresistente, estando dentre uma de suas causas a não adesão ao cuidado medicamentoso anti-hipertensivo (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2015). O quadro ocorre quando a pressão do usuário hipertenso permanece alta, mesmo após ele ser orientado sobre o cuidado e receber a prescrição medicamentosa adequada. Nesse caso, o usuário não toma os medicamentos devido a inúmeros motivos (esquecimento, falta de recursos para comprar os remédios, medo de ingerir os fármacos, etc.). Ou seja, o remédio não faz efeito porque está sendo ingerido em doses ou intervalos de tempo incorretos, não por falhas em seu mecanismo de ação terapêutica. Se o médico desconhece a adesão inadequada a terapêutica que está sendo utilizada por esse usuário hipertenso, ele pode inferir hipóteses errôneas que

associam a falha da droga à dose prescrita, considerando-a insuficiente e pode aumentar mais a dose do medicamento proposto ou até mesmo associar novos fármacos para corrigir o inadequado controle pressórico. Esta ação pode elevar o risco de efeitos colaterais e toxicidade das drogas.

A terapêutica inadequada da hipertensão também gera custos elevados para os usuários e para o governo. Gastos provenientes, por exemplo, dos quadros decorrentes de complicações hipertensivas que geram necessidade de internações hospitalares, de realização de exames de alto custo, de cirurgias de revascularização cardíaca e de hemodiálise. Além disso, ocorre o desperdício com a utilização inadequada dos remédios, particularmente em relação àqueles distribuídos para a população através das farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS) e farmácias populares.

Em Juiz de Fora a não adesão ao tratamento da HAS também é comum. Especificando a realidade dos usuários hipertensos atendidos pela Unidade de Saúde de Dom Bosco, (cenário deste estudo) igualmente é possível atestar a dificuldade de se garantir a adesão terapêutica. Como médica da referida Unidade observo de forma clara o quadro descrito acima. Ou seja, também nesta UBS, os usuários hipertensos, em grande parte, não aderem ao cuidado proposto pela equipe de saúde. Parece-me que a adesão às duas possibilidades de terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa) é bastante limitada, o que certamente compromete o controle da doença. Na prática cotidiana de atendimento a estes usuários, fica evidente a dificuldade dessas pessoas em seguir a terapêutica e as orientações propostas pelos profissionais de saúde e frequentemente me deparo com níveis pressóricos bastante elevados, em usuários que retornam para o controle periódico, após receberem orientações sobre o a terapêutica adequada. A observação repetida desta realidade produziu em mim algumas indagações: Será que existe dificuldade dos usuários hipertensos em compreender as orientações dos profissionais de saúde devido a linguagem calcada em termos exageradamente técnicos usadas por estes profissionais? Será que os usuários hipertensos compreendem a gravidade da doença, que por vezes é considerada silenciosa, e a sua necessidade de cuidado contínuo? Existe dificuldade no acesso a obtenção dos medicamentos que podem contribuir para a ocorrência da não adesão terapêutica? Possíveis efeitos colaterais dos remédios podem interferir na continuidade da terapêutica? A mudança sugerida no estilo de vida dos usuários, devido ao cuidado necessário, pode ser incompatível

com a realidade vivenciada por eles? Será que as condições materiais de existência (renda, acesso físico à UBS, escolaridade, atuação profissional etc.) da população atendida interferem de alguma forma no processo de adesão?

Instigada por estes questionamentos propus a realização deste estudo, cuja questão norteadora foi definida *como: Quais os fatores que interferem na decisão do usuário com Hipertensão Arterial a não aderir ao cuidado medicamentoso?* Pretendo refletir sobre a não adesão medicamentosa às terapêuticas anti-hipertensivas, revelando os fatores que interferem no não cumprimento das prescrições médicas. Minha pretensão não foi determinar culpados pelo fenômeno da não adesão, apenas compreender as visões e atribuir voz as pessoas que se encontram no centro do cuidado em saúde, os usuários hipertensos. Destaco que optei por investigar somente a adesão ao cuidado medicamentoso. Esta decisão teve como embasamento a dificuldade prática de conseguir refletir, debater sobre todos os aspectos relacionados a não adesão ao cuidado medicamentoso e não medicamentoso em um espaço de tempo muito exíguo.

A construção do estudo foi realizada de forma dinâmica. A observação da realidade iniciou-se a partir de reflexões teóricas que posteriormente foram questionadas pelos próprios dados, fazendo com que buscasse mais elementos teóricos para alimentar o debate. Este foi o movimento constante do estudo onde a teoria alimentou a leitura da realidade e, esta mesma realidade, exigiu cada vez mais reflexão teórica. Movimento constante e muitas vezes contraditório, que proporcionou trazer à tona a reflexão em torno do objeto de estudo.

O estudo possui natureza descritiva, qualitativa e se propõe a identificar e analisar os motivos pelos quais os usuários hipertensos da UBS do bairro Dom Bosco não aderem ao cuidado medicamentoso. A opção por este modelo qualitativo ocorreu por considerar que pesquisadores, neste caso, trabalham com a perspectiva do estudo não dos fenômenos em si, mas se preocupam em compreender o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado aqui possui destacado papel como função estruturante, pois é ao redor dele que as coisas se apresentam e pessoas organizam suas vidas, incluindo seu próprio ato de cuidar da saúde (TURATO, 2005).

O primeiro passo do estudo foi proceder uma revisão bibliográfica acerca de eixos temáticos como as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), a hipertensão arterial, o cuidado em saúde, a terapêutica anti-hipertensiva, com enfoque

na não adesão ao cuidado medicamentoso. A revisão foi realizada em artigos científicos impressos e on-line publicados em periódicos, diretrizes, monografias, teses, artigos, dissertações acadêmicas, revistas especializadas e livros que foram acessados em bibliotecas e sites especializados e informações obtidas através da mídia. Ressalto que a reflexão teórica ocorreu durante todo o processo investigatório, permitindo ao pesquisador aproximação com o tema do estudo.

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, iniciei a coleta de dados. Primeiro foi necessário identificar usuários hipertensos atendidos pela UBS. Para proceder a esta identificação optei por "buscá-los" nas consultas realizadas por mim durante os meses de junho e julho de 2018. Esta identificação foi realizada pela análise do prontuário médico, exame físico e verificação do uso de medicações destinadas a terapêutica anti-hipertensiva, previamente prescrita em receituários médicos, pertencentes a esses usuários. Ao final dos dois meses cheguei a um total de 156 usuários hipertensos. O passo seguinte foi distinguir, dentre os usuários sabidamente hipertensos (156), quais eram aqueles considerados não aderentes ao tratamento. Para chegar a este dado apliquei o Questionário de Morisky de 8 itens (Anexo A) em 103 pessoas, total de usuários sabidamente hipertensos que se dispuseram a participar do estudo.

Destaco que foi utilizada a versão validada em português da *Morisky Medication Adherence Scale* (Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky – MMAS-8). Esta contém perguntas fechadas, cujas respostas apresentam caráter dicotômico sim/não. As perguntas foram formuladas de maneira a evitar o viés de respostas positivas dos usuários a questionamentos feitos por profissionais da saúde, através da inversão das respostas relacionadas ao comportamento aderente do entrevistado (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2012). A escala possui oito perguntas no total. Destas, seis questões possuem como resposta correta a negativa, uma possui resposta esperada positiva e a última questão possui cinco opções de respostas: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre. O Grau de adesão é determinado de acordo com a pontuação obtida, resultante da soma do valor atribuído a cada tipo de resposta. A alta adesão corresponde a oito pontos, a média adesão de 6 a < 8 e a baixa adesão de 0 a < 6 pontos.

Ao final da aplicação do questionário, finalizada a contagem de pontos de cada participante isoladamente, obtive o seguinte resultado: 8 usuários com alta adesão terapêutica, 41 com média adesão e 54 com baixa adesão. Como meu

interesse era compreender a não adesão optei por trabalhar com usuários com baixa e média adesão o que correspondeu a 95 usuários.

Identificado os possíveis participantes do estudo (95 usuários) iniciei o processo de entrevistas que foram guiadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice A). Deste total de usuários, entrevistei 20 que se constituíram nos sujeitos - usuários hipertensos não aderentes à terapia medicamentosa – que contribuíram na construção do estudo. O ponto de saturação foi o critério utilizado para definir o número de participantes do estudo, ou seja, 20 sujeitos. Para preservar o anonimato dos sujeitos na pesquisa, estes foram denominados pela letra “E” seguida de numeração de 1 a 20.

A saturação caracteriza-se como a suspensão ou interrupção da inclusão de novos participantes em uma determinada pesquisa, na medida em que os dados que vão sendo obtidos passam a representar um padrão de repetição ou redundância ou se tornam sem relevância para o estudo em questão, não se justificando, deste modo, a persistência exaustiva de coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O registro das entrevistas se deu através de gravação, autorizada por cada participante. Com este material em mãos, procedi uma transcrição minuciosa e fidedigna de todo conteúdo obtido nas gravações. As transcrições passaram por uma detalhada e cuidadosa leitura. Esta leitura pormenorizada permitiu organizar os dados e agrupá-los em quatro categorias: fatores relacionados aos medicamentos; ao próprio usuário hipertenso, aos profissionais de saúde e sua relação com o usuário e aqueles relacionados ao acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

Para a análise dos dados me apoiiei em Laurence Bardin que chama a atenção do pesquisador para trabalhar os dados de forma que este capture não somente a realidade visível, mas também uma realidade invisível, perceptível nas sutilezas das falas ou do texto que podem conter vários significados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Lembro que o cenário do estudo foi a UBS do bairro Dom Bosco, Unidade de Saúde Tradicional. Sua nova sede foi inaugurada em 22 de março de 2016 e atende a uma população de aproximadamente 7000 pessoas. Para atender a esta população conta com dois médicos clínicos, uma pediatra, uma médica especialista em Medicina de Família e Comunidade, uma farmacêutica, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma dentista e uma auxiliar de limpeza. Os médicos clínicos

atendem a população com idade a partir de 12 anos e realizam atendimento aos grupos de hipertensos e diabéticos. Juntamente com a pediatra, todos possuem carga horária de 20 horas de trabalho semanais. A pediatra atende crianças menores de 12 anos e realiza consultas de puericultura. A médica de família atende a todas as faixas etárias, realiza grupos de hipertensos, diabéticos, realiza exames preventivos de câncer de colo uterino e consultas direcionadas à saúde da mulher, consultas de pré-natal e puericultura. Como não possui território demarcado nem equipe de saúde/agentes comunitários, não realiza visitas domiciliares. Estas são de responsabilidade de médicas designadas pela prefeitura. A médica de família cumpre carga horária de 40 horas semanais.

Uma dificuldade encontrada na realização desse estudo foi a obtenção de dados sobre o número de hipertensos existente no município de Juiz de Fora e particularmente na UBS de Dom Bosco. Embora exista registro desses números, a qualidade da informação torna-se duvidosa pelas ocorrências frequentes de sub registros e, por vezes, do cadastramento de um mesmo usuário hipertenso várias vezes no sistema de informação. Além do mais há uma dificuldade notória em se obter esses dados, somente acessível a pessoas que possuem senha que permite acesso ao banco de dados disponíveis do e-SUS.

Outro fato que merece destaque é o possível viés das respostas obtidas, já que todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que é médica e atende na comunidade. Alguns usuários hipertensos poderiam apresentar receio de se revelarem não aderentes e deste modo sofrerem algum tipo de julgamento ou represália. Para minimizar este fato, busquei realizar a entrevista em um tom bem coloquial, sem nenhum tom de punição. Ademais, optei por não utilizar roupas brancas ou jalecos, na tentativa de diminuir a clássica distância profissional X usuários e proporcionar um ambiente mais relaxado, de confiança e respeito mútuo.

Esclareço que esta pesquisa teve início após o consentimento formal dos usuários envolvidos em consonância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexo C), em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2013). Destaco que todas as informações obtidas neste estudo ficarão sob a minha responsabilidade durante o período dos próximos cinco

anos, em arquivo sigiloso, disponível apenas para fins de publicações acadêmico-científicas. Ao final deste prazo, o material será inutilizado.

A apresentação final do estudo foi organizada em mais três seções. Na seção 2 destaco as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a HAS e sua importância em termos de prevalência no Brasil e no mundo e as principais formas de enfrentamento dessa doença. Abordo também alguns aspectos médicos, explicando o que é a doença, sua fisiopatologia, fatores de risco para o seu desenvolvimento, quadro clínico e os tipos de hipertensão arterial. Na seção 3 prevalece a discussão sobre o cuidado em saúde, as possibilidades de cuidado ao hipertenso, em especial o medicamentoso e a não adesão à terapia medicamentosa. A seção 4 discorre sobre os motivos da não adesão medicamentosa de usuários hipertensos na UBS de Dom Bosco.

Creio que revelar os fatores da não adesão contribuirá para uma ação mais efetiva de médicos e toda a equipe de saúde no controle da hipertensão arterial dos usuários portadores deste agravo à saúde. Além disto pode colaborar para a construção de propostas direcionadas para melhorar o autocuidado e a adesão ao cuidado medicamentoso da população com hipertensão arterial.

2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A HIPERTENSÃO E SUA MAGNITUDE

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas, na atualidade, as principais causas de morte no mundo. Em países de condições socioeconômicas pouco favoráveis, 80% dos óbitos são atribuídos a esse grupo de doenças (BRASIL, 2011). Nestes países, as populações de baixa renda são extremamente vulneráveis e apresentam-se mais expostas aos fatores de risco, possuindo acesso dificultado aos serviços de saúde e a diversas ações de prevenção e promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2017).

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos devido as DCNT. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças do aparelho circulatório, sendo uma condição clínica importante e, ao mesmo tempo, enfermidade que atua como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças pertencentes a esse mesmo grupo, como o infarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico (BRASIL, 2011). A HAS tem elevada prevalência mundial, ou seja, afeta milhões de pessoas, representando um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

Os estudos de prevalência da hipertensão apresentam grande heterogeneidade, pois em nível mundial são utilizados diferentes valores dos níveis pressóricos como critérios diagnósticos. Além disto, também são identificadas variações quanto a determinados fatores que influenciam na avaliação da prevalência, como a inclusão ou não de usuários com a pressão controlada - mesmo que estes estejam em uso de medicamentos anti-hipertensivos, quanto às medidas realizadas em amostras de voluntários e, ainda quanto à padronização da técnica, não informada nos estudos. Tudo isto torna difícil uma apreciação geral, em nível mundial, das estimativas de prevalência (OLMOS; LOTUFO, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos são hipertensos em nível global. Ainda segundo as organizações em 2010, 18% das mortes (9,4 milhões de óbitos) e 162 milhões de vidas/anos perdidos no mundo foram atribuídas a elevação do número dos quadros hipertensivos (CALÒ, 2016). A medida dos anos de vida perdidos é considerada um importante indicador de

saúde, posto que expressa o efeito das mortes ocorridas precocemente em relação à duração de vida esperada para uma população específica. Trata-se de um indicador bastante útil para ações de planejamento, permitindo a comparação da importância relativa que as diferentes causas de morte têm em determinada população. Quanto maior for considerado o valor desse índice, pior a situação de saúde da região ou do país estudado (CASSENOTE *et al.*, 2013).

O aumento da prevalência da hipertensão em muito se deve aos fenômenos de transição que vem ocorrendo na população mundial. A transição demográfica é fenômeno estrutural, relacionado a mudanças de padrão dentro de diversas faixas etárias pré-estabelecidas, com alterações do número de componentes de cada faixa etária e mudanças na proporção de indivíduos do sexo feminino e masculino. A transição demográfica traz influências sobre a economia das populações e, apesar de ser um fenômeno universal, apresenta-se com características particulares, ligadas ao contexto histórico dos países no qual ocorre (CASSENOTE *et al.*, 2013).

A transição epidemiológica ocorre em longo prazo. Esta transição pode ser compreendida como o surgimento de mudanças significativas nos padrões de adoecimento de uma população e nas suas características de invalidez e tipos de óbitos (NASRI, 2008).

A transição epidemiológica se originou na Europa, durante o período da Revolução Industrial. Apresentou como marco inicial a diminuição da taxa de fecundidade, ocorrida em período anterior ao surgimento da pílula anticoncepcional. A Revolução Industrial trouxe o surgimento de vários avanços científicos e tecnológicos, que culminaram em desenvolvimento econômico mundial. Além disso, esta revolução impactou positivamente na população, reduzindo as taxas de mortalidade geral e aumentando a expectativa de vida ao nascer. A melhoria da qualidade de vida da população foi desencadeada de maneira gradativa, por condições sociais favoráveis e saneamento básico satisfatório, mas também pelo uso de antibióticos e vacinas disponíveis na época. Posteriormente, ocorreu uma redução das taxas de fecundidade, levando ao surgimento de famílias de tamanhos mais reduzidos (NASRI, 2008).

As transições, demográfica e epidemiológica, deram origem a uma importante mudança nos padrões das populações mundiais, o denominado envelhecimento populacional (NASRI, 2008). A população idosa vem se tornando

mais numerosa nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento e, automaticamente este fato promove o surgimento de um número maior de doenças, inerentes a essa faixa etária. A maioria dessas doenças é do tipo DCNT e, dentre elas, encontra-se a HAS com merecido destaque (BRASIL, 2011).

Retomando a discussão em torno da HAS, um importante estudo, o “*World Wide Trends in Blood Pressure From 1975 to 2015*”, reforçou a magnitude da hipertensão arterial. Trata-se de um estudo de grande revisão sistemática realizado com mais de 19 milhões de pessoas no mundo e cujo objetivo foi estimar a prevalência e o controle dos quadros de hipertensão arterial. Foram reunidos 1479 estudos populacionais, nacionais, nos quais foi aferida a pressão arterial de participantes adultos (com idade igual ou superior a 18 anos). A média das pressões sistólicas e diastólicas e o cálculo da prevalência da hipertensão nos 200 países participantes foram obtidos durante os anos de 1975 a 2015. O estudo concluiu que a prevalência mundial da hipertensão padronizada por idade foi de 24,1%. Outro aspecto verificado neste estudo foi o incremento do número de pessoas adultas hipertensas no mundo. Em 1975, existiam 594 milhões hipertensos adultos e este número chegou a 13,3 bilhões de pessoas no ano de 2015, sendo o aumento mais significativo nos países com as piores situações econômicas (THEES, 2016).

O aumento da taxa mundial de mortalidade por doenças cardiovasculares é motivo de preocupação mundial. Dados de saúde compilados de mais de 190 países demonstraram que as doenças cardíacas são as principais causas de morte no mundo, ocasionando 17,3 milhões de mortes a cada ano (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2014). Este estudo avaliou as taxas de mortalidade por doenças cardíacas, infartos e hipertensão em ambos os sexos, em pessoas com idade compreendida entre 35 e 74 anos, durante uma década (2001 a 2011) e concluiu que a taxa de mortalidade, tendo como causa básica a hipertensão arterial, sofreu um incremento de 13,2% em 190 dos países avaliados. O primeiro lugar dessa lista é conferido à Rússia, apresentando 1.639 usuários acometidos em cada 100.000 pesquisados, sendo seguida pela Ucrânia, com 1.521 e Romênia com 969. O Brasil também ocupa posição de destaque, estando em sexto lugar dessa lista com a quantidade de 552 usuários/100.000 pesquisados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015).

A hipertensão nas Américas, segundo a OPAS (CALÒ, 2016) afeta de 20 a 40% da população adulta, o que representa 250 milhões de pessoas. A cada ano,

ocorre 1,6 milhões de mortes em pessoas com menos de 70 anos devido a causas cardiovasculares. Estes óbitos são considerados prematuros e, portanto, evitáveis.

De acordo com outra pesquisa da OPAS/OMS em 2017, na América Latina e no Caribe, entre 20 e 35% da população adulta foi considerada como hipertensa. Fato bastante preocupante, pois, além da elevação do número de hipertensos que vem ocorrendo nos últimos anos, muitos indivíduos desconhecem serem portadores desta condição (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Segundo o Estudo Prospectivo Urbano Rural Epidemiológico (PURE) de 2013¹, a prevalência da HAS na América do Sul foi de 46,5% (LÓPEZ-JARAMILLO *et al.*, 2014). Este estudo também revelou que em quatro países dessa região do continente, a Argentina, o Brasil, o Chile e a Colômbia, a estimativa foi de que, apenas 57,1% dos adultos hipertensos possuíam a informação de que eram portadores desse quadro. A ausência deste conhecimento contribuiu para um nível insatisfatório do controle pressórico nestas populações, pois segundo a OPAS/OMS somente 18,8% dos usuários hipertensos possuíam a doença bem controlada nestes países (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

2.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: A HAS EM QUESTÃO

No Brasil, as DCNT são causas frequentes de problemas de saúde possuindo elevada magnitude. Segundo levantamento de 2011, as DCNT são responsáveis por 70% das causas de morte no país, e, seguindo os moldes internacionais, esses óbitos atingem preferencialmente as camadas mais vulneráveis e pobres da população (BRASIL, 2011). Como destacam Danel, Kurowski e Saxenian (2008), no Brasil a população de baixa renda é acometida por uma dupla carga de doenças: as doenças transmissíveis e aquelas não transmissíveis, que na maioria dos casos se tornam crônicas. O vínculo marcante entre DCNT e a pobreza ocorre, em alguns casos, em virtude de a população de baixa renda apresentar tendência a ter

¹ Estudo publicado no Journal of the American Heart Association. Incluiu 153.996 adultos com idade entre 35 e 70 anos de 628 comunidades rurais e urbanas de países com diferentes condições econômicas.

fatores de risco mais elevados, entre eles o tabagismo. Ainda segundo os autores, as sequelas incapacitantes e causas de mortalidade relacionadas às DCNT apresentam menores chances de serem tratadas adequadamente e de, até mesmo, serem detectadas precocemente, em virtude dos poucos recursos financeiros desta população. Este quadro também contribui para o fortalecimento do vínculo entre DCNT e a pobreza. Nestas condições, a progressão destas doenças tende a ser acelerada e o próprio gasto com a terapêutica pode agravar a situação de pobreza. A pobreza revela outros aspectos que contribuem de maneira geral para elevar a prevalência das DCNT: as desigualdades sociais, as dificuldades de acesso a bens e serviços, a baixa escolaridade, o deficiente acesso à informação, dentre outros (BRASIL, 2016a).

A maioria das DCNT possuem como principal causa não só fatores genéticos subjacentes, mas a atuação de fatores de risco ambientais e comportamentais. Danel, Kurowski e Saxenian (2008) identificam sete fatores de risco que podem ser modificados sem o uso de medicamentos e sem intervenções médicas dispendiosas. São eles: hipertensão arterial, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a dislipidemia, o sobrepeso / obesidade, o sedentarismo e a alimentação pouco saudável, marcada pelo consumo insuficiente de legumes.

Bom exemplo de política pública voltada para a redução de fatores de risco ocorreu na Finlândia, em 1972. Este país apresentou, nesta ocasião, as taxas mais elevadas de arteriosclerose coronariana do mundo. Através de um amplo programa educativo do governo sobre combate ao tabagismo, hábitos alimentares saudáveis e a importância da realização de atividades físicas destinadas à população local, a arteriosclerose coronariana reduziu suas taxas de ocorrência em 65% em todo país. Esse programa priorizava legislação de combate ao tabagismo, aumentava a disponibilidade de laticínios com baixo teor de gordura para a população ao mesmo tempo em que melhorava as refeições escolares, com a introdução de alimentação mais saudável (DANEL; KUROWSKI; SAXENIAN, 2008).

Mudança de hábito não é uma medida fácil de alcançar. Requer educação, tempo, oportunidade e motivação. Entretanto, muitas das intervenções de controle e prevenção das DCNT não exigem alterações do comportamento individual, podendo ser implementada de forma mais ampla. Um exemplo seria a redução da quantidade de sal contida nos alimentos manufaturados, fato de grande contribuição para o controle e a prevenção do surgimento dos quadros hipertensivos. Isto poderia ser

realizado mediante a criação de legislação específica ou por iniciativa das próprias indústrias alimentícias. As abordagens individuais, embora mais difíceis de serem alcançadas, produzem efeitos significativos, principalmente em pessoas acometidas por uma doença, já nas pessoas que apresentam apenas um só fator de risco como a hipertensão ou a obesidade, o efeito dessas abordagens costuma ser menos perceptível (DANEL; KUROWSKI; SAXENIAN, 2008).

Nem sempre as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a hipertensão arterial, ocuparam a lista de maiores responsáveis pelas taxas de mortalidade no Brasil. No início do século XX, as doenças infectocontagiosas, portanto, transmissíveis, eram as causas mais frequentes de morte (PRATA, 1992). Em 1930, antes do advento do envelhecimento populacional no país, as doenças infecciosas eram a primeira causa de morte em todas as regiões do Brasil, correspondendo a 60% das mortes na região Norte, a 49% no Nordeste, 43% no Sudeste, a 40% no Centro-Oeste e 39% na região Sul. Neste mesmo período, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por 13% dos óbitos que ocorreram na região Sul, 12% no Sudeste e Nordeste, e 9% na região Norte do Brasil (PRATA, 1992).

Durante a década de 1960, as doenças cardiovasculares começaram a superar o número de casos de doenças infectocontagiosas no país (MALACHIAS *et al.*, 2016). Segundo Olmos e Lotufo (2002), embora tal fato fosse verdade, nos dois centros urbanos, Rio de Janeiro e São Paulo, as doenças cardiovasculares já eram as principais causas de morte desde a década de 1940.

Em 1985, as doenças cardiovasculares se tornaram a maior causa de morte em todas as regiões brasileiras. Dados demonstraram que, as doenças do aparelho circulatório, foram responsáveis por 37% dos óbitos nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste; 28% no Nordeste e 22% no Norte, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por mortes em 16% dos casos na região Norte, 14% no Nordeste, 8% no Centro-Oeste, 5% no Sul e 4% no Sudeste no mesmo período (PRATA, 1992).

A mudança nestes padrões de adoecimento pode ser atribuída tanto ao fenômeno de transição demográfica quanto epidemiológica ocorrida no país, fatos que favoreceram o envelhecimento populacional. No Brasil, o fenômeno de transição epidemiológica ocorreu nos moldes da transição na Europa, entretanto com consequências bem diversas, devido às diferenças de contextos históricos existentes

entre estes dois locais. Enquanto o modelo europeu se diferenciou pelo excelente desenvolvimento social da população, acompanhado por melhorias da renda familiar, no Brasil ocorreu um processo de urbanização sem melhoria na distribuição de rendas (NASRI, 2008).

Na década de 1940, apenas 20% da população viviam em áreas urbanas. No ano de 2008, 80% da população passou a viver nessas áreas. A rápida urbanização modificou as questões trabalhistas, gerou aumento no custo de vida das famílias e deu início a jornadas mais intensas de trabalho, incorporando a figura da mulher no mercado de trabalho, como força produtiva necessária. Porém, essas mudanças não foram acompanhadas de melhorias da qualidade de vida da população (NASRI, 2008). Ressalta-se ainda que as mudanças ocasionadas pela transição epidemiológica se apresentaram em várias fases de estágios evolutivos em todo território nacional, não se constituindo em um processo homogêneo (PRATA, 1992).

O expressivo crescimento da população brasileira, iniciado na segunda metade do século XX e que ainda se perpetua na metade inicial do século XXI, demonstra as duas fases de nossa transição demográfica. A primeira (1940-1960) caracteriza-se pela redução das taxas de mortalidade e altas taxas de fecundidade, gerando um acelerado crescimento demográfico. A segunda, ocorrida após 1960, gerou uma redução da taxa de fecundidade, desacelerando o ritmo de crescimento populacional (CASSENTE *et al.*, 2013).

Tecendo ponderações sobre o crescimento populacional, Mendes *et al.* (2012) informam que em 1990 existiam mais de 50,4 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos, correspondendo a uma parcela de 35% da população brasileira. Esse montante sofreu redução, passando a 49,4 milhões em 2010, o equivalente a 25,6% da população do país e, de acordo com projeções serão apenas 32,6 milhões em 2049, representando 14% da população. A faixa etária populacional compreendida entre 15 e 60 anos continuará em crescimento em termos absolutos e relativos até o ano de 2020, quando equivalerá a 66% da população brasileira. A partir de 2030, projeções revelam que haverá uma diminuição desta faixa etária, alcançando 61% no ano de 2040. Já a população idosa corresponderá, em 2040, a 23,8% ou seja, 52 milhões de idosos, quase um quarto total dos habitantes do país. Portanto, o país apresentará até a década de 20 do século XXI uma estrutura etária com crescimento e predomínio da população adulta, redução da população infantil e crescimento da população idosa. A partir da década de 30, de acordo com estimativas, haverá uma

inversão, com diminuição gradativa da população em idade produtiva e o predomínio de idosos em relação ao número de crianças. Esses dados sinalizam grandes desafios e oportunidades para o planejamento e gestão de políticas públicas, em particular de políticas sociais. Há uma grande necessidade de estruturação dos serviços e programas de saúde, para que estes possam responder de maneira satisfatória às demandas decorrentes do novo perfil epidemiológico brasileiro.

O quadro evidenciado anteriormente é elucidativo da transição demográfica brasileira que, ao longo dos anos, vem indicando uma redução da população infantil e juvenil e, ao mesmo tempo, uma elevação na proporção de idosos, devido ao aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2011).

Esta é a tendência do crescimento populacional no Brasil, contudo, atualmente vivenciamos um grande crescimento da população em idade produtiva o que representa um maior contingente de pessoas com capacidade de trabalhar e gerar renda. Trata-se de um momento oportuno para promover os ajustes necessários para o enfrentamento das próximas décadas (CUNHA, C. , 2016). Nesta fase, a sociedade deve atuar para garantir uma seguridade social forte, capaz de assegurar futuramente a proteção no tripé saúde, assistência social e previdência social aos idosos (MENDES *et al.*, 2012).

Sintetizando, pode-se afirmar que no Brasil, os processos de transição envolveram as seguintes mudanças no perfil de adoecimento do país: a substituição das doenças infecciosas (transmissíveis) por doenças crônicas, degenerativas (não transmissíveis) como principais causas de morbimortalidade e o deslocamento da principal ocorrência de adoecimento e morte, das faixas etárias mais jovens, para as mais idosas. Neste cenário, verifica-se uma mudança significativa da condição de adoecimento, com predomínio da cronicidade das doenças em relação à letalidade das mesmas (BRASIL, 2009). As doenças não transmissíveis, muitas vezes crônicas, exigem mais atenção e investimentos dos serviços de saúde. O custo necessário para o tratamento dessas doenças já corresponde quase pela metade do custo de todas as internações hospitalares (DANEL; KUROWSKI; SAXENIAN, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do MS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014, demonstrou que 40% da população brasileira (57,4 milhões de pessoas), apresentavam um tipo de DCNT, havendo predomínio em mulheres, com 44,5% dos casos (34,4 milhões) e 33,4% em homens (23 milhões de casos). Neste levantamento

foram entrevistados, na primeira fase da pesquisa, 63 mil adultos em domicílio, escolhidos por sorteio entre os moradores da residência, para responder a um questionário. Na segunda fase informações adicionais foram obtidas através do resultado de exames de sangue, urina e aferição da pressão arterial desses brasileiros. O estudo apontou que as DCNT mais prevalentes no país foram hipertensão arterial, diabetes e doenças ortopédicas localizadas na coluna (OLIVEIRA, F., 2014).

No que diz respeito a HAS, a pesquisa evidenciou que a doença atingiu 31,3 milhões de pessoas acima de 18 anos, correspondendo a 21,4% da população brasileira, com prevalências de 24,2% em mulheres e 18,3% em homens. Revelou ainda que a proporção de hipertensos no país aumenta com a idade. Entre os jovens de 18 até 29 anos, o índice encontrado foi de apenas 2,8%. Esse valor vai aumentando em conformidade com a elevação da faixa etária: 20,6% nas pessoas de 30 a 59 anos, 44,4% entre as pessoas de 60 a 64 anos; 52,7% nas pessoas contidas na faixa dos 65 aos 74 anos e 55% dos indivíduos com idade igual ou superior aos 75 anos (OLIVEIRA, F., 2014).

A prevalência da doença também sofreu variações de acordo com as diversas regiões do Brasil, sendo a taxa mais elevada pertencente à região Sudeste, 23,3% sendo seguida pelo Sul e Centro-Oeste com 22,9% e 21,2 % respectivamente. As áreas com menores prevalências são o Nordeste com índice de 19,4% e a região Norte com 14,5 % (OLIVEIRA, F., 2014). A diversidade regional brasileira em relação a idade, renda, escolaridade, aspectos culturais e comportamentais, a diferença entre a oferta e acesso dos serviços de saúde capazes de fornecer ou não o diagnóstico de hipertensão, dificultam a existência de um dado de prevalência estabelecido para nosso país. Torna-se necessário um maior conhecimento epidemiológico referente à hipertensão arterial, por meio de novos estudos que contemplem todas as regiões, abordando de maneira mais precisa as taxas de prevalência, as especificidades locais e seus determinantes, de modo a desvelar a melhor maneira de intervir sobre este quadro (NEDER; BORGES, 2006).

Ainda ressaltando a importância da hipertensão arterial em nosso país, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa *“Hábitos dos Brasileiros Impactam no Crescimento da Obesidade e Aumenta Prevalência de Obesidade e Hipertensão”*, através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), entre fevereiro e dezembro de 2016.

Nesta pesquisa foram entrevistadas 53. 210 pessoas com mais de 18 anos residentes nas capitais. O estudo indicou que houve um acréscimo de 14,2% no número de pessoas diagnosticadas com hipertensão, passando de 22,5% no ano de 2006, para 25,7% em 2016. O Rio de Janeiro é a capital que possui maior prevalência de diagnósticos de hipertensão no país, 31,7%, enquanto Palmas no Tocantins, possui a menor prevalência, 16,9% (BRASIL, 2016b).

Particularizando o estado de Minas Gerais, foi realizada em 2013, pelo IBGE, a PNS sobre estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas, em 64. 348 domicílios e com 60. 202 moradores locais selecionados para participação (ANDRADE *et al.*, 2015). A PNS revelou que a proporção de pessoas hipertensas neste estado brasileiro é superior à média nacional. Enquanto no Brasil naquele ano, havia 21,4% de pessoas portadoras de hipertensão, em Minas Gerais esse índice atingia 24% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Em relação às grandes regiões geográficas brasileiras, a região Sudeste foi aquela que apresentou maior prevalência de hipertensão autorreferida em adultos no estudo, com valor de 23,3%. Minas Gerais, por sua vez foi o estado desta região que apresentou o maior índice de hipertensos, com uma elevação de quase seis vezes na proporção de usuários hipertensas contidas na faixa etária dos 18 aos 29 anos e na faixa dos 30 a 59 anos. Em idades com valor igual ou superior a 75 anos, a hipertensão arterial chega a atingir quase 70% da população mineira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Em Juiz de Fora, os casos de hipertensão parecem seguir o modelo de prevalência encontrado em Minas Gerais. Neste município, os levantamentos realizados a partir de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) demonstram, através de uma série histórica (2009 a 2013), que o número de casos de hipertensão arterial neste período é superior à média nacional (HIPERTENSÃO..., 2015). Mais recente, em 2017, uma pesquisa realizada com 1. 000 habitantes de Juiz de Fora, veiculado na mídia local e comandada pelo médico Rogério Baumgratz de Paula², confirma que a hipertensão atinge 34% da população adulta, sendo esse número superior à média nacional (MOURÃO; TORRES, 2017).

A hipertensão é uma condição grave que precisa ser enfrentada. Esta doença, pode muitas vezes, se associar a outras diversas condições crônicas, tais

² Médico nefrologista lotado na rede secundária do município de Juiz de Fora. Realizou a pesquisa em 2017 com o objetivo de conhecer a atual prevalência dos casos de hipertensão em Juiz de Fora.

como diabetes, doença renal crônica e infarto do miocárdio, intensificando sua gravidade. Estas associações podem determinar graves lesões e sequelas, gerando diminuição da qualidade de vida desses usuários e até mesmo a letalidade precoce. A hipertensão não tem cura até o momento, mas existe terapêutica adequada para cada caso. O cuidado medicamentoso prolongado, as internações hospitalares, exames e procedimentos de alto custo realizados, sobretudo em casos de infarto, doença renal crônica e acidentes vasculares encefálicos, relacionados a quadros hipertensivos, geram elevados gastos aos usuários e ao sistema de saúde. Todas essas evidências são capazes de justificar e reforçar a magnitude do quadro hipertensivo (BRASIL, 2011).

Além disso, reforçando o destacado papel da HAS no comprometimento da saúde das pessoas está a exigência do empenho de vários profissionais com formação diversificada e diversos setores para modificar esse quadro. Apesar de todos os esforços empenhados, o controle do quadro hipertensivo, tanto no Brasil, como no mundo, ainda é incipiente e insatisfatório, se distanciando das metas definidas para um controle pressórico adequado (AMERICAN HEART ASSOCIATION, c2012).

2.1.1 Estratégias de enfrentamento

Como descrito anteriormente, as doenças crônicas não transmissíveis, das quais fazem parte o acidente vascular encefálico, o infarto, a hipertensão arterial, câncer, diabetes e as doenças crônicas respiratórias, são responsáveis por 70 % das mortes no Brasil (BRASIL, 2011). Os principais fatores de risco que contribuem para a ocorrência das doenças cardiovasculares são a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* (BRASIL, 2011). Diante dessa realidade, a HAS assume papel de destaque como um grave problema de saúde pública e, como tal, merece especial atenção, sendo alvo de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).

O tratamento das doenças cardiovasculares despende enormes gastos em todo o mundo. A HAS é responsável por 10% de todo o custo global em saúde, com estimativa de gasto anual de US\$ 370 bilhões de dólares (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE HIPERTENSÃO, 2015). Os custos socioeconômicos relacionados às DCNT interferem na economia dos países, sendo estimada em US\$ 7 trilhões, durante o período compreendido entre os anos de 2011 a 2025, principalmente nos países mais pobres (MALTA *et al.*, 2017).

Por se tratar de problemas de saúde pública de grande magnitude, diversos planejamentos e ações se voltaram para o enfrentamento das DCNT no país. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, proposto pelo MS e apresentado nas instâncias do SUS, tem como objetivo o fortalecimento do compromisso ao controle dessas doenças em todos os níveis de gestão, reforçando a importância da atuação dos sistemas de saúde. Este Plano promove o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e que sejam baseadas em procedimentos, estudos e ações de promoção e controle das DCNT (BRASIL, 2011).

O Plano inclui metas de combate às doenças cardiovasculares e entre elas, a HAS. As metas propostas para a década 2011-2022 foram: redução das taxas de mortalidade prematura em 2% ao ano (mortalidade que atinge pessoas com menos de 70 anos), redução da prevalência de obesidade (infantil e na adolescência, detendo seu avanço em adultos), redução da prevalência do uso nocivo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, redução do consumo de sal, realização de ações para incentivar o aumento do consumo de frutas e hortaliças e para aumentar a prevalência de atividade física no lazer (BRASIL, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas (doenças circulatórias, incluindo a HAS, câncer, *diabetes mellitus* e doenças respiratórias) atuando sobre seus fatores de risco comuns e modificáveis - tabagismo, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade - através de diretrizes e ações em três eixos de atuação. O primeiro eixo engloba a vigilância, informação, avaliação e monitoramento destas condições crônicas, o segundo eixo envolve promoção da saúde e o terceiro eixo, o cuidado integral (BRASIL, 2011).

No primeiro eixo, situa-se o Sistema de Vigilância das DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendências das doenças crônicas e seus fatores de risco. No segundo eixo, atua a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, cuja proposta abrange ações de alimentação saudável, atividades físicas, prevenção do tabagismo e do consumo nocivo do álcool. Ademais, prevê a

transferência de recursos a estados e municípios para implantação deste conjunto de ações (BRASIL, 2011). O terceiro eixo indica atividades voltadas para fortalecer a capacidade de respostas do SUS e favorecer a ampliação de intervenções. A finalidade é gerar uma abordagem integral a saúde, com vistas à prevenção e controle das DCNT. Suas principais ações se baseiam em três tarefas distintas: elaboração de linha-guia, capacitação profissional e distribuição de medicamentos. A linha-guia define e implementa protocolos e diretrizes clínicas sobre DCNT, com base em evidências de custo-efetividade favoráveis, procurando criar um vínculo do usuário com a atenção primária à saúde, ao mesmo tempo em que procura garantir a referência e a contrarreferência dos portadores de DCNT aos níveis secundários e terciários da atenção quando necessário. Isto promove a continuidade do cuidado e da integralidade da ação. A capacitação se refere a ações educativas, principalmente sobre as DCNT para os profissionais da atenção primária em suas diversas formas de ensino, incluindo o uso da telemedicina. Essas ações visam qualificar os profissionais para o atendimento à população com condições crônicas de saúde. Por fim, propõe ações voltadas para ampliação do acesso à distribuição gratuita de medicamentos à população alvo (BRASIL, 2011).

Ações voltadas para a garantia do acesso aos medicamentos³ – um dos componentes elencados para assegurar o direito à saúde, disposto na Constituição Federal de 1988 – têm sido implementadas. Como salienta Paula (2008) a garantia de acesso de forma universal e equânime aos medicamentos deve ser considerado um ato de cidadania, tornando-se, nas palavras de Costa *et al.* (2016), condição essencial para que se efetuem as ações de prevenção, tratamento, controle e cura das doenças. Destaca-se que mesmo antes da Carta Magna de 1988 o MS já concretizava ações no intuito de garantir a distribuição de medicamentos essenciais. A primeira lista de medicamentos surgiu com o Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, sob a denominação de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Este decreto representou um significativo avanço para a época, já que a OMS só iria apresentar uma lista de medicamentos essenciais 13 anos após, em 1977 (SILVA, R. C. S., 2000).

³ Medicamentos são ferramentas terapêuticas utilizadas no processo saúde-doença, sendo responsáveis pela elevação da expectativa de vida da população, podendo salvar vidas e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao usuário enfermo (PAULA, 2008).

Outra iniciativa foi a criação da Central de Medicamentos, através do Decreto nº 68. 806 de 25 de junho de 1971 (BRASIL, 1971). Instituída como um órgão da Presidência da República, a Central de Medicamentos surge com a função de regular e coordenar a produção de fármacos dos laboratórios vinculados ou subordinados ao Ministério (SILVA, R. C. S., 2000). Neste mesmo ano (1971) iniciou-se a distribuição gratuita de medicamentos para a população com reduzido poder aquisitivo (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 72. 552, de 30 de junho de 1973 (BRASIL, 1973) torna oficial o *Plano Diretor de Medicamentos* e o estabelecimento da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME), com 315 medicamentos, num total de 475 apresentações farmacêuticas (SILVA, R. C. S., 2000). A RENAME foi instituída pela Portaria MPAS número 233 de 8/7/1975, porém sua homologação ocorreu somente em 1976 e seu uso efetivo em 1978 (SILVA, R. C. S., 2000). A RENAME serve como um roteiro para a prescrição médica ao mesmo tempo em que orienta o abastecimento medicamentoso do SUS (BRASIL, c2019). A edição de uma lista nacional de medicamentos, adequada a nossa realidade epidemiológica, possui como uma de suas finalidades servir como um guia para confecção de listas de medicamentos a serem usadas nos níveis estadual e municipal de atenção à saúde (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008). No caso da lista municipal de medicamentos criada a partir de adaptações da RENAME, ela recebe a denominação de REMUNE – *Relação Municipal de Medicamentos Essenciais* (BRASIL, c2019). A RENAME, e as listas derivadas desta, contêm medicamentos básicos, considerados essenciais, eficazes, seguros e de baixo custo, capazes de solucionar os problemas de saúde básicos da nossa população (BRASIL, 1999).

O medicamento vem, cada vez mais, sendo considerado como um bem de consumo no mercado e não como um insumo básico direcionado à promoção da saúde. É função do Estado vigiar, regular e controlar, no setor público e privado, o uso racional dos medicamentos e promover a difusão de informações adequadas a respeito deles. A Portaria do Ministério da Saúde n. 3. 916 de 30 de outubro de 1998 definiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta política tem como finalidade garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, levando em consideração a obtenção dos mesmos pelo menor custo possível, promovendo o seu uso racional e o acesso da população às drogas consideradas essenciais (FERNANDEZ, 2014).

Em abril de 1999 foi aprovada a Portaria nº 507. Nela foi estabelecido a revisão periódica e atualização da RENAME, de modo a suprir a necessidade da população, de acordo com novas descobertas e avanços científicos na área. A renovação periódica da RENAME vem acontecendo de maneira permanente até os dias atuais, sendo publicada uma nova lista a cada dois anos. Destaca-se que a RENAME 2018, ao contrário das primeiras listas que continham poucos medicamentos disponíveis, inclui 1098 medicamentos, 26% a mais do que a sua versão de 2017 (BRASIL, 2017).

No mesmo ano de 1999 surge a Lei 9. 787/ 99, popularmente conhecida como *a lei dos genéricos*. Nesta lei foram estabelecidos critérios para registro e controle dos medicamentos genéricos. Ela se baseia no conceito de biodisponibilidade, medicamentos equivalentes, genéricos e inovadores de referência, interferindo no mercado de medicamentos (SILVA, R. C. S., 2000). Esta lei permitiu a comercialização de drogas com a patente já expirada, sem o nome comercial, por qualquer laboratório farmacêutico. O medicamento genérico apresenta as mesmas características do medicamento de referência – mesmo princípio ativo, dose, apresentação farmacêutica, via de administração e indicação –, porém, não apresentam o registro de um nome comercial. Em virtude dessas características, o genérico deve ser no mínimo 35% mais barato que um medicamento de marca (GUIA DA FARMÁCIA, 2018). Segundo Fontes (2017) a diminuição do poder de compra dos brasileiros motivada pela ocorrência de crises econômicas que assolam o país tem elevado a venda de medicamentos genéricos destinados ao tratamento de doenças crônicas, entre elas o diabetes e a hipertensão arterial. A venda de medicamentos genéricos anti-hipertensivos sofreu um aumento de 38% em 2017.

Ainda considerando as ações públicas direcionadas ao acesso e distribuição de medicamentos essenciais, foi criado em 13 de abril de 2004, através da Lei número 10. 858 e regulamentado pelo Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004, o *Programa Farmácia Popular do Brasil*, uma parceria do governo federal com municípios e estados. Esse programa foi implementado com o objetivo de proporcionar a população mais uma alternativa de acesso aos medicamentos essenciais (BRASIL, c2019). A legislação autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar os medicamentos frente ao ressarcimento dos gastos, através de unidades próprias. O programa chegou a ter um número superior a 500 unidades (BRASIL, 2018). A condição para que os usuários possam adquirir esses

medicamentos disponíveis nas unidades é a apresentação de documento com foto, no qual conste seu Cadastro de Pessoa Física (CPF) juntamente com o receituário médico ou odontológico (BRASIL, 2018).

Em 9 de março de 2006, essa estratégia se estendeu a rede privada de farmácias e drogarias, com a denominação de “*Aqui Tem Farmácia Popular*”. O MS passou então a subsidiar 90% do valor de referência dos medicamentos utilizados para o tratamento da hipertensão (BRASIL, 2011).

Em fevereiro de 2011, o Programa Farmácia Popular passou a disponibilizar medicamentos gratuitamente para hipertensos e diabéticos em mais de 17.500 farmácias da rede privada que foram credenciadas (BRASIL, 2011). Esta campanha recebeu a denominação de *Saúde não tem Preço*, cujo objetivo era também oferecer novos medicamentos para tratamento das DCNT. Nesta campanha, farmácias e drogarias credenciadas na rede “*Aqui tem Farmácia Popular*”, disponibilizaram outros 11 tipos de medicamentos gratuitos para esta população específica. Para tratar hipertensão arterial, foram acrescentados ao Programa os seguintes medicamentos: maleato de enalapril, cloridrato de propanolol, atenolol, hidroclorotiazida e losartana potássica (BRASIL, 2011). Ressalta-se que os medicamentos mais retirados nas farmácias pelos usuários, até então, foram aqueles destinados ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes (BRASIL, 2018).

Em 2016, foram destinados R\$1,08 bilhão para que os municípios brasileiros realizassem a compra de medicamentos para diversos tratamentos (inclusive anti-hipertensivos) na atenção básica. O Governo Federal também ampliou os recursos para o programa *Aqui Tem Farmácia Popular*, passando de R\$7,5 milhões, em 2014, para R\$2,8 bilhões em 2016 (BRASIL, 2016b).

Em 30 de março de 2017, o MS encerrou, por decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o *Programa Farmácia Popular – Rede Própria*, mantendo, entretanto, a segmentação “*Aqui tem Farmácia Popular*”. A justificativa para tal manutenção foi a de não provocar prejuízos para a população. O *Programa Farmácia Popular – Rede Própria* disponibilizava 112 medicamentos essenciais a população, a um custo de 100 milhões por ano aos cofres públicos.

Para defender a interrupção do Programa, o MS alegou que tais medicamentos poderiam ser adquiridos nos postos de saúde municipais e que, o citado Programa, representava uma enorme despesa para o Governo Federal. O governo propõe, para compensar o fim do Programa, a ampliação as verbas

destinadas aos municípios em 8% para a compra de medicamentos, passando esse valor de R\$5,10 /habitantes/mês para R\$ 5,58/habitante/mês (BRASIL 247, 2017).

Entretanto, é importante tecer algumas ponderações sobre a decisão acima referenciada. Primeiro porque a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde é frequente em todo o país, tendo inclusive motivado a criação do Programa. Segundo porque o argumento do custo elevado do Programa não considera que as vendas dos medicamentos a baixo custo em suas farmácias, acabam por devolver aos cofres públicos, milhões de reais por ano, chegando a valores aproximados aos de seus custeios. Outro aspecto a ser evidenciado é que o fornecimento de medicamentos essenciais a milhões de pessoas, anualmente, fortalece a adesão ao tratamento e previne internações hospitalares, diminuindo os gastos de um setor que consome 87,7% do Orçamento Federal para a Saúde. A ampliação de 8% nas verbas enviadas ao município, proposta pelo Governo Federal, também se mostrou insignificante frente as necessidades desses municípios. A parte do Programa que foi mantida, denominada *Aqui Tem Farmácia Popular* distribui somente 25 tipos de medicamentos e gasta o equivalente a 2 bilhões e 600 milhões de reais por ano, além de apresentar preços de medicações de referência que chegam a ser 2. 500% mais altos que os praticados em licitações públicas de diversas Secretarias de Saúde em todo o território nacional (BRASIL 247, 2017).

No intuito de garantir a continuidade do Programa, o senador Raimundo Lira (PMDB-PB), apresentou um projeto de lei (PLS 661/2015) que garante, através da lei aprovada pelo Congresso Nacional, a continuidade do Programa Farmácia Popular. Segundo o autor, incertezas econômicas e políticas não podem oferecer riscos ao Programa, que atualmente é instituído e regulado por meio de decretos e portarias, que podem ser modificados ou revogados a qualquer momento pelo Executivo, mesmo sem concordância do Congresso Nacional. Esse projeto foi aprovado pela Comissão de Assuntos Econômicos do Senado (CAE) e seguiu para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) onde se encontra em processo de tramitação e aguarda decisão terminativa (BRASIL, c2018).

Em que se pese as iniciativas elencadas, o acesso aos medicamentos demonstra os limites do SUS. Esta política, influenciada por fatores econômicos e baseada nas leis de mercado, acaba por se manifestar através de características reducionistas. Portanto, o dever do Estado firmado através da Constituição Brasileira de 1988, com a finalidade de garantir o acesso universal aos bens e serviços públicos,

foi traduzido como a garantia a um atendimento mínimo, realizado em respostas as necessidades básicas que são apresentadas pela população. Nossa sociedade atual é marcada por uma dualidade: por um lado existe a dificuldade ao atendimento médico-assistencial, incluindo aqui o acesso aos medicamentos, por outro a medicalização absurdamente excessiva a que esta sociedade vem se submetendo (PAULA, 2008).

A medicalização se fundamenta no modelo biomédico que considera o corpo humano como um conjunto de órgãos e a doença como decorrente de correlações de causas e efeitos, sem levar em consideração outros fatores inerentes ao processo de adoecimento. Isto estimula o surgimento e o consumo de novas tecnologias e transforma a saúde em mercadoria a ser consumida pela população, com vistas aos interesses do mercado, sem considerar os excessos gerados pela indução da compra e do uso exagerado e desnecessário dos bens e serviços. Os usuários acabam por assumir papel de consumidores, não de cidadãos portadores de direitos (PAULA, 2008).

No Brasil, no transcorrer dos anos, algumas ações foram e continuam a ser desenvolvidas, no intuito de combater o crescente avanço das DCNT. Uma delas foi a criação do Programa Agita São Paulo. Implementado em fevereiro de 1997, este programa propôs uma abrangente campanha junto à comunidade para a promoção de atividades físicas, para a utilização de medicamentos de primeira linha em 25% da população hipertensa, para a elevação de 10% no preço do cigarro e para a orientação médica frequente contra o uso do cigarro, destinada ao público tabagista. Tais ações possuíam como finalidade a intervenção sobre três principais fatores de risco para as DCNT: o sedentarismo, a hipertensão arterial e o fumo. Esse conjunto de ações promoveu uma redução da carga de DCNT no país equivalente a 845. 000 DALYs (*Disability- Adjusted Life Years*, ou, traduzindo para a língua portuguesa, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)⁴ o que correspondeu a uma redução de 5% da carga de doenças de DALYs básicas. Este fato gerou cerca de US\$ 1 bilhão em economia com custos de tratamento, ou seja, aproximadamente 3% dos custos do

⁴ O DALYs expressa a carga da doença, sendo equivalente à somatória dos anos de vida perdidos devido a mortalidade precoce (se comparado a um padrão mundial) e dos anos vividos em condições de deficiência ou incapacidade ocasionada por doenças ou graves lesões. O DALY corresponde a uma medida universal que permite formuladores de política e pesquisadores realizar comparações de diversas populações e condições de saúde ao longo do tempo (MELO, V.; NOGUEIRA, 2015).

tratamento das DNTs, economizando cerca de US\$3,1 bilhões em tratamento e perda de produtividade (DANEL; KUROWSKI; SAXENIAN, 2008).

Devido ao grande destaque da HAS em nosso país, não só o governo, mas outros setores da sociedade vieram agregar força ao enfrentamento desse problema. Em 1991 foi criada a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), cuja finalidade foi estimular o intercâmbio de pesquisas e informações sobre esta doença, atualizar médicos e profissionais da saúde sobre o tema e promover a detecção, controle, prevenção da doença no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, [c201-]).

O dia 26 de abril é considerado o Dia Nacional de Combate a Hipertensão, data regulamentada pela Lei Federal 10. 439/2002. Nesta data, a SBH promove diversas ações como caminhadas, projetos educativos para a população e diversas ações em nível nacional para a conscientização da doença. Entre os feitos da SBH está a realização anual do Congresso Brasileiro de Hipertensão e a publicação trimestral de revistas sobre o tema (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, [c201-]).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) é outra entidade que se dedica ao estudo das doenças cardiovasculares. Trata-se uma entidade sem fins lucrativos criada no ano de 1943, em São Paulo, pelo doutor Dante Pazzanese. A SBC foi criada com a finalidade de reunir a classe médica especializada em cardiologia. A diretoria de Promoção à Saúde Cardiovascular da SBC desenvolve um trabalho de divulgação junto ao público sobre os riscos inerentes a essas doenças e sobre formas de prevenção e tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [c201-]). A SBC elabora as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial que se destinam a informar, atualizar, porém, não substituem o julgamento clínico do médico que, em última análise, é quem deve decidir sobre a terapêutica mais apropriada para os usuários hipertensos sob seus cuidados.

2.1.2 A Organização dos serviços de saúde através das Redes de Atenção à Saúde

A organização em rede dos serviços de saúde também se constitui em importante iniciativa para os usuários hipertensos, assim como os demais portadores de DCNT posto que necessitam, ao longo de suas vidas, de graus variados de complexidade de atendimento e tratamento. A organização da chamada Redes de Atenção à Saúde (RAS) cumpre, portanto, papel primordial no cuidado a esses usuários. As RAS representam uma forma de organização da atenção à saúde em sistemas interligados, responsáveis por uma população de localização definida. Essa organização não possui característica de hierarquia entre seus três níveis, que devem atuar de forma cooperativa e integrada. Esses níveis são denominados respectivamente de atenção primária, secundária e terciária e apresentam diferentes graus de complexidade dos serviços oferecidos. As RAS foram desenvolvidas a partir das necessidades de saúde da população local e se destinam a desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, cura e ou reabilitação, sendo capacitadas para o atendimento das condições crônicas de saúde (VANELLI, 2018).

O nível primário é responsável pela resolução de, pelo menos, 85% dos problemas de saúde da população, dentre eles a HAS. Mesmo que parte do atendimento local seja encaminhada a outros níveis de atenção (secundário ou terciário) devido a maior complexidade dos casos, o nível primário se mantém corresponsável pelo atendimento, organizando, integrando e coordenando as ações envolvidas no cuidado (VANELLI, 2018).

O nível secundário tem como objetivo ofertar serviços especializados à população, de apoio diagnóstico ou terapêutico, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, sendo sua densidade tecnológica intermediária entre a disponível na atenção primária e aquela ofertada pela atenção terciária (VANELLI, 2018). O nível terciário é responsável pelas tecnologias de maior complexidade e elevado custo, direcionado ao atendimento de casos complexos de uma pequena parte da população. Os hipertensos que possuem seu quadro associado à insuficiência cardíaca, doença renal crônica, acidente vascular encefálico ocorrido há algum tempo, mas com sequelas são exemplos de usuários que devem ser referenciados ao nível

secundário para controle, realização de exames mais complexos e acompanhamento com especialistas. Já os usuários com hipertensão associada a quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou de AVE e, também aqueles hipertensos com rápida e progressiva perda da função renal são exemplos de usuários que podem necessitar de referência ao nível terciário.

Especificando a atenção primária, P. L. C. Sousa (2012) esclarece que, no Brasil, as atividades vinculadas a este nível de atenção datam do início do século XX, entretanto, somente se consolidaram a partir de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS. Nos anos subsequentes a sua implantação o Programa assumiu um caráter mais abrangente até se consolidar em 2006 como uma estratégia do MS, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família- ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011). A ESF busca superar uma lógica individualista, hospitalar, puramente técnica, biológica e fragmentada para substituí-la por um modelo integral, universal, de cunho democrático, humanizado e mais voltado para as necessidades reais do usuário (SOUSA, P. L. C., 2012). Assim, mais do que uma alteração no nome, a mudança objetivou romper com a concepção de um programa transitório para se assumir como uma estratégia com potencial fortalecedor da APS e como forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, posicionando a APS como centro ordenador de toda a rede de saúde (BARRA, 2013).

Ainda no âmbito nacional, ações implementadas no campo da atenção primária a saúde (APS) merecem destaque. São atividades voltadas para a promoção da saúde, para o controle, tratamento, reabilitação e prevenção das DCNT. Ações de cunho educativo que incentivam a mudança comportamental devem fazer parte das atividades da APS, de modo que a população possa adquirir hábitos de vida mais saudáveis através da motivação promovida pelos grupos. Apesar desta orientação, no cotidiano da prática profissional, devido à elevada procura por consultas de demanda espontânea e a valorização do atendimento a doenças agudas, ações desta natureza têm ficado em segundo plano. A crescente realização de ações curativas ou reabilitativas tem aumentado significativamente o uso de medicamentos na vida das pessoas, por vezes sendo essa opção apresentada como única forma de cura ou tratamento disponível a população (DANEL; KUROWSKI; SAXENIAN, 2008).

Dados do MS informam que um dos agravos à saúde mais enfrentados pelas equipes é a hipertensão arterial. A dificuldade na realização de diagnóstico precoce e do tratamento correto dessa condição crônica de saúde faz com que a

prevenção e o manejo em lidar com os casos de hipertensão se tornem essenciais na atenção primária. As equipes devem prevenir a ocorrência da doença nas comunidades, através de medidas de combate a fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo exagerado de sal e de bebidas alcoólicas e pelo estímulo à alimentação saudável. É importante que as equipes de saúde realizem campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para a HAS e que promovam atividades de lazer individuais e coletivas. É igualmente merecedor de atenção o estímulo a criação de grupos educativos voltados aos hipertensos com a finalidade de refletir sobre a doença e com isso facilitar a adesão ao cuidado proposto (COELHO, 2015).

Diante da importância da APS no tratamento e controle da DCNT e dando prosseguimento ao enfrentamento a estes agravos à saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus* (BRASIL, 2001). O Plano propõe ações básicas de prevenção, diagnóstico e controle dessas condições de saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, em particular no nível primário de atenção. Seu objetivo foi reforçar o vínculo do usuário com o sistema de saúde, garantido o acompanhamento periódico e o cuidado integral desses agravos, através da capacitação dos profissionais e da melhoria dos serviços (BRASIL, 2001).

O Plano também propõe que o cuidado oferecido aos doentes crônicos, em especial aos usuários hipertensos, seja contínuo e realizado de forma a ultrapassar a relação instituída apenas pelo binômio queixa- consulta. Isto significa identificar os usuários hipertensos assintomáticos e realizar e acompanhar todo o processo de cuidado. Ações desta natureza permite o estabelecimento de fortes vínculos entre o usuário, sua família ou cuidador e a equipe responsável pelo cuidado. Prevê ainda a realização de educação em saúde, principalmente através de grupos educativos que devem incorporar a realidade social do usuário ao processo de aprendizagem (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

Matias (2017) reforça a importância dos grupos educativos defendendo que estes permitem que os usuários troquem experiências, solucionem dúvidas, sintam-se motivados ao autocuidado e a adoção de medidas terapêuticas, não sendo isolados ou excluídos do sistema de saúde e ainda possibilitam a criação de propostas de melhorias e mudanças de hábito na comunidade. Oliveira *et al.* (2011) corroboram com esta premissa ao afirmarem que uma das formas mais eficientes de se estimular

a adesão ao cuidado medicamentoso da hipertensão arterial ocorre através da práticas de educação em saúde. Argumentando tratar-se de uma abordagem multiprofissional, construída a partir da contribuição dos diversos saberes profissionais, defendem os grupos de educação em saúde como importante ferramenta para o controle do quadro hipertensivo, uma vez que possibilitam aos usuários a contemplação de suas realidades, trocas de experiências e a busca de soluções de enfrentamento para o problema comum a todos eles.

A educação em saúde, neste caso, deve ser compreendida como um processo político pedagógico que necessita de um pensar de forma crítica e reflexiva, partindo da realidade vivenciada, de modo a propor ações transformadoras gerando no indivíduo o desenvolvimento de autonomia e emancipação, como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar em todas as decisões relacionadas à saúde e a gestão (FALKENBERG *et al.*, 2014).

As práticas de educação em saúde envolvem a participação de três atores: os profissionais da saúde que valorizam as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças de modo equivalente as atividades de âmbito curativo, os gestores que devem fornecer apoio a estes profissionais para a realização das atividades educativas e a população que necessita ampliar seus conhecimentos e sua autonomia no cuidado, tanto em nível individual quanto coletivo. As práticas educativas em saúde, embora sejam inerentes ao trabalho coletivo em saúde, muitas vezes não ocupam lugar de destaque no planejamento e nas organizações do serviço, nas ações destinadas ao cuidado e na própria gestão (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Para muitos profissionais de saúde trabalhar com grupos educativos é tarefa complexa. O primeiro desafio enfrentado é conseguir mobilizar o usuário hipertenso para que participe dos encontros. É uma empreitada que exige criatividade do profissional, mas também a capacidade de compreender a causa da dificuldade do usuário em participar e, a partir daí, mudar as estratégias de mobilização. Garantir esta permanência requer do profissional maior proximidade com o usuário, ouvindo suas necessidades e expectativas com relação aos temas discutidos, organização e estruturação dos grupos. O profissional da saúde assume o papel de educador que se vale de técnicas pedagógicas e motivacionais no intuito de incentivar a participação do usuário e fortalecer sua adesão às decisões e ações necessárias ao seu cuidado (MORAES; ROLIM; COSTA JÚNIOR, 2009). Matias (2017) adverte que os profissionais investem em diferentes artifícios para motivar a participação – palestras,

debates, dinâmicas, realização de encenações etc. – mas nem sempre alcançam o objetivo proposto. Assim, é importante investigar, ouvir os usuários hipertensos, traçar conjuntamente estratégias que viabilizem a participação nos grupos.

A participação do usuário em grupos educativos em vários momentos, pode não ocorrer de maneira totalmente voluntária. Em alguns serviços, o acesso aos medicamentos e o direito a uma consulta de retorno previamente agendada para o controle da pressão só é permitida ao usuário hipertenso que obrigatoriamente se inscrever e participar das reuniões do grupo educativo. A imposição da presença do usuário em alguns grupos, estabelecida pelo MS, é utilizada como forma de garantir acessibilidade a outros serviços. Outro aspecto relevante é que o MS, através de uma série de Cadernos de Atenção Básica, torna disponível vários protocolos e diretrizes para a orientação e o desenvolvimento das atividades na atenção primária. O que se observa é uma tentativa de padronizar a assistência desenvolvida neste nível de atenção. As atividades educativas, muitas vezes, são consideradas metas a serem atingidas de acordo com protocolos, contribuindo para a apresentação em formato enrijecido dessas reuniões. Isto não favorece a criatividade e a interação, fato que também dificulta o aprendizado mútuo. Muitas vezes, os temas debatidos nos grupos educativos são feitos de forma limitada, sem aprofundamento das questões, apenas como forma de cumprir uma tarefa obrigatória pelos profissionais da saúde. Os profissionais de saúde também priorizam, na maioria das vezes, o atendimento individual em detrimento da realização de grupos ou palestra de cunho educativo. Isto tem respaldo e é preconizado pela Política Nacional de Humanização de 2010, que orienta que a organização das agendas de serviço deve ser realizada de acordo com os atendimentos clínicos individuais nas unidades de saúde. Este fato provoca descontentamento nestes profissionais que possuem pouco tempo para planejamento e realização de tarefas ligadas a educação, prevenção e promoção da saúde, posto que a prioridade recai sempre sobre o atendimento a demanda espontânea, procedimentos e consultas individuais (MATIAS, 2017).

Vale lembrar que as ações educativas não ocorrem somente em grupos educativos, mas em salas de espera, durante as consultas com os profissionais de saúde, nas visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, em escolas e em outros espaços formais e informais que permitem essa prática. A educação em saúde tem enorme importância nos serviços de saúde, devendo estar presente em todo processo de trabalho, sendo considerada uma excelente ferramenta de trabalho na

prática profissional. Deste modo, as práticas educativas podem ser desenvolvidas nos momentos de encontro entre usuários e o trabalhador, de maneira formal e/ou informal. Os encontros que ocorrem nos espaços convencionais dos serviços, como naqueles em que se realizam grupos e palestras educativas, como salões e salas de reunião, são ditos momentos formais, enquanto as ações de saúde cotidianas como a realização de orientações ou uma conversa esclarecedora sobre um assunto entre o trabalhador e o usuário hipertenso num corredor, constituem os momentos informais de educação em saúde. As práticas educativas têm como finalidade promover mudanças nos usuários, nos profissionais de saúde e no próprio processo de trabalho em saúde, reforçando o potencial transformador da educação (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2013).

Os grupos educativos são sensíveis às particularidades dos sujeitos que os compõem que, por sua vez, estão em conformidade com o contexto social em que vivem. Tais singularidades devem ser observadas para o aperfeiçoamento do encontro que acontece entre os usuários e os profissionais. Dentre as possíveis particularidades ressalta-se a linguagem. Entendendo que a linguagem é uma ferramenta de comunicação é imperioso que seja clara, precisa e proferida de forma inteligível. Alcançar esta inteligibilidade ainda é um desafio na comunicação entre profissionais e usuários. Falkenberg *et al.* (2014) esclarecem que muitas vezes a linguagem utilizada é demasiadamente técnica e de difícil compreensão para os usuários. O profissional de saúde pode apresentar alguma dificuldade em ouvir de forma adequada o usuário, o fazendo de forma apressada, superficial ou mesmo interrompendo a fala desse indivíduo. Muitas vezes, o raciocínio do interlocutor no caso, o usuário, é concluído precocemente pelo profissional de saúde, antes que este usuário tenha tempo adequado para expor claramente suas ideias. Esta atitude pode levar o profissional de saúde ao raciocínio incorreto sobre a visão do usuário acerca do assunto debatido. A dificuldade de reconhecimento e respeito a autonomia do usuário hipertenso, a gravidade do quadro, a existência de uma forte demanda emocional, o espaço físico inadequado, o jeito inadequado do profissional de saúde ao se envolver no processo de comunicação, a preocupação com aspectos administrativos do cuidado (tornando o impessoal) e a falta de preparo do profissional para se estabelecer uma relação terapêutica com o usuário, também podem ser citadas como outros fatores dificultadores dessa comunicação (OTANI, 2013).

A escolaridade apresenta enorme influência, de maneira favorável ou desfavorável sobre o controle da doença. Em 1958, a Organização das Nações Unidas para a educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) definiu como sendo analfabeto a pessoa incapaz de ler ou escrever algo simples relacionado as atividades de sua vida diária. Na década de 80 a UNESCO propôs a o conceito de alfabetismo funcional. O indivíduo considerado alfabetizado do ponto de vista funcional é aquele capaz de utilizar a leitura, escrita e habilidades matemáticas para prosseguir seus aprendizados ao longo da vida. Nos anos 90 incluiu-se o critério de analfabetismo funcional para pessoas que possuem menos de quatro anos de escolaridade (CUNHA, C. L. F. , 2015). Conforme salienta Gomez (2015) a baixa escolaridade dos usuários do sistema de saúde, situação comum no cotidiano da população de poucos recursos financeiros, também se constitui em elemento dificultador do compartilhamento de saberes, dificultando a compreensão e a interpretação da linguagem e o processo comunicativo. O não entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais da saúde também diminui o interesse da população em participar dos grupos educativos. Segundo esse autor, a metade dos usuários hipertensos que não apresenta sua doença controlada são analfabetos.

Diante do fato que a baixa escolaridade se torna um grande problema interferindo na comunicação dos profissionais de saúde com os usuários e que, para a superação definitiva dessa situação é necessária enorme vontade política e recursos aplicados na área de educação, cabe aos trabalhadores da saúde tentar minimizar este quadro. Os profissionais devem adaptar a linguagem tornando a fala mais clara, fazendo uso da linguagem leiga quando possível e tornando esse processo de fácil compreensão para a população. Mas, se por um lado, a baixa escolaridade dificulta o processo de compreensão dos usuários, por outro, os profissionais também não estão capacitados para se fazer entender, utilizando com muita frequência linguagem extremamente técnica. Falkenberg *et al.* (2014) defendem que os profissionais geralmente não contam com um suporte pedagógico mínimo para que tenham habilidade em transmitir seus conhecimentos e conduzir a troca de experiências entre os participantes dos grupos. Para minimizar este quadro os profissionais de saúde necessitam de capacitações constantes, como parte fundamental de seu processo de aperfeiçoamento. Consciente desta dificuldade, o *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*, prevê a educação permanente, que se constituem em um modelo de educação destinado ao aperfeiçoamento dos

trabalhadores. O Plano trabalha a educação permanente através de ações educativas que se baseiam na problematização do processo de trabalho em saúde vivenciado pelos trabalhadores, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a forma de organização do trabalho, tendo como base as necessidades de saúde das pessoas e das populações (MATIAS, 2017). Portanto, a educação permanente é voltada para o aprendizado de situações vivenciadas no cotidiano do trabalhador da saúde. Não faz sentido o profissional de saúde se aperfeiçoar em doença de Von Recklinghausen, condição não muito comum, por exemplo, se em seu serviço não há usuários portadores de tal quadro. Mas se em seu cotidiano o atendimento a usuários hipertensos é bastante numeroso, a educação permanente voltada para a atualização neste tema, proporcionará resolução de dúvidas e melhoria do atendimento voltado para esse público.

Retomando o processo histórico de implementação de ações direcionadas para o enfrentamento da HAS, destaca-se a criação, em 2002, de um instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, o Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SOUSA, P. L. C., 2012). Este sistema de cadastro informatizado, disponibilizado pelo DATASUS, é integrado ao Cartão Nacional de Saúde (CNS). O Hiperdia fornece informações necessárias para que ocorra aquisição, dispensação, distribuição de medicamentos utilizados por usuários hipertensos e ou diabéticos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), de maneira regular e sistemática. Além do Hiperdia foi igualmente proposto o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, que abordava temas como a organização, assistência, prevenção e promoção da saúde e sobre o vínculo do usuário às UBSs, além da implementação de programas de educação permanente direcionados à hipertensão e diabetes e a outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares (PAULA, 2008).

O Hiperdia envolve um protocolo de atendimento com abordagem conjunta de duas condições clínicas crônicas, frequentemente associadas, de saúde – o *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial. De acordo com o MS, estas duas condições podem se agravar e gerar quadros de invalidez parcial ou total do indivíduo (BRASIL, 2001). A invalidez, acarreta repercussões negativas para o usuário hipertenso, sua família e a sociedade. Entretanto, tanto a HAS como o diabetes são condições extremamente sensíveis a atuação da APS e, deste modo, pode-se evitar

complicações decorrentes destes quadros. Quando algumas complicações já se fazem presentes, a atuação da atenção primária é capaz de retardar sua progressão evitando o aparecimento de danos definitivos ou sequelas (SOUSA, P. L. C., 2012)

Particularizando Minas Gerais, o Programa Hiperdia Minas, estabelecido conforme Resolução da SES/MG nº 2. 606, de 7 de dezembro de 2010, tem como objetivo auxiliar a estruturação da rede de atenção à saúde da população local acometida por HAS, DM, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, através do reforço de intervenções que reduzem a morbimortalidade dessas condições de saúde (MINAS GERAIS, 2013).

Na APS, esta rede Hiperdia Minas se baseia em diretrizes clínicas e na elaboração de linhas-guia. A linha-guia direcionada a hipertensão e ao diabetes, foi orientada a partir da abordagem populacional de estratificação de risco desses agravos, determinando as competências da APS e as atribuições de cada um de seus profissionais em relação à atenção programada a esses usuários. Na atenção secundária apresentou como estratégia a implantação dos Centros de Hiperdia Minas, para atendimentos especializados. Em nível terciário, a rede Minas oferece suporte aos usuários com HAS, DM, doença cardiovascular ou doença renal em situação de urgência e emergência e de elevada complexidade, através das redes parceiras, as quais disponibilizam exames e procedimentos de maior densidade tecnológica (MINAS GERAIS, 2013).

Em Juiz de Fora, o Hiperdia foi implantado em março de 2003, data anterior a implantação em nível estadual, estando vinculado ao Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, do Diabetes Mellitus e da Obesidade (SCHDO), pertencente à Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA). Para receber os medicamentos do programa Hiperdia os usuários hipertensos e ou diabéticos deveriam estar cadastrados no Sistema de informação da Hipertensão e Diabetes (SIS-Hiperdia). No início, a coordenação do SCHDO recebia das unidades uma planilha com a quantidade necessária de medicamentos, analisava esta listagem e confeccionava um pedido ao almoxarifado. Entretanto, a provisão de medicamentos se tornou difícil devido a vários contratemplos, dentre eles o atraso na entrega desses insumos pelo MS e pela Secretaria Estadual de Saúde- SES (PAULA, 2008). Atualmente, os cadastros dos formulários são feitos através do e-SUS AB (Estratégia do departamento de Atenção Básica para reorganizar a informação neste setor) e o farmacêutico responsável pela unidade de saúde envia a solicitação dos

medicamentos por e-mail para a empresa de logística e armazenamento ligada à Prefeitura de Juiz de Fora, que é responsável pela entrega dos medicamentos, desde que estes estejam contemplados na lista do REMUNE e de acordo com a disponibilidade dos medicamentos no momento do pedido. A lista do REMUNE de novembro 2018 disponibiliza os seguintes medicamentos anti-hipertensivos para os usuários do SUS em Juiz de Fora: besilato de anlodipina, atenolol, captopril, carvedilol, maleato de enalapril, espironolactona, furosemida, losartana potássica, metildopa, metildopa, metoprolol, cloridrato de propranolol e verapamil. Entretanto, as dificuldades para o recebimento das medicações continuam sendo verificadas na prática cotidiana, através de frequentes relatos dos usuários.

2.2 SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

2.2.1 Fisiologia, fisiopatologia, conceito e avaliação clínica do usuário hipertenso

A pressão arterial (PA) é considerada como a força existente no interior das artérias e que passa a ser transmitida às paredes desses vasos (LOLIO, 1990). Ou seja, a pressão sanguínea representa a força do sangue bombeado pelo coração que é exercida contra qualquer unidade de área da parede vascular. Sua medida na prática clínica é dada em milímetros de mercúrio (mmHg). Cada batimento cardíaco tem a capacidade de impulsionar uma onda de sangue para que este chegue até as artérias. Se não fosse a capacidade de distensão das artérias, todo esse volume teria que fluir instantaneamente para todos os vasos sanguíneos somente durante ao período de contração miocárdica (sístole), sendo impossível que isto ocorresse durante o período de relaxamento desse músculo cardíaco (diástole). Essa complacência dos vasos arteriais diminui os pulsos de pressão, de modo que, quando o sangue atinge os capilares, tais pulsos quase não ocorram. Os pulsos de pressão que ocorrem na raiz da aorta são, portanto, bem mais vigorosos (GUYTON; HALL, 2011).

A pressão no pico de cada pulso é denominada pressão arterial sistólica (PAS), correspondendo no usuário adulto jovem saudável, ao valor de 120 mmHg

enquanto o ponto mais baixo de cada pulso é denominado de pressão arterial diastólica (PAD) e corresponde, neste mesmo usuário, ao valor de 80 mmHg (GUYTON; HALL, 2011). Segundo Lolio (1990), a pressão arterial é aferida com base em dois valores: um máximo, ocorrido durante a sístole, sendo denominado de pressão arterial sistólica (PAS) e um valor mínimo, que surge durante o período da diástole e que recebe o nome de pressão arterial diastólica (PAD).

Os principais fatores que participam do controle da pressão arterial são definidos pela lei de Poiseuille-Hagen⁵. Deste modo, PA (Pressão arterial) = DC (Débito cardíaco) x RVP (Resistência Vascular Periférica) e todos os fatores que possam interferir nestas duas variáveis (RVP e DC) são capazes de gerar alterações nos níveis pressóricos (LOLIO, 1990).

Dentre os fatores que podem modificar o DC temos a contratilidade cardíaca, as alterações da volemia (COUTO; KAISER, 2003) e as variações da frequência cardíaca (LOLIO, 1990). A regulação da resistência vascular periférica envolve mecanismos mais complexos, entre os quais equilíbrio eletrolítico (envolvendo principalmente a participação do sódio, cálcio e potássio), os barorreceptores presentes no átrio direito, seio carotídeo e arco aórtico, o sistema renina-angiotensina-aldosterona, a ação de neurotransmissores como a adrenalina e a noradrenalina e ação de hormônios de diversas glândulas, como o hormônio antidiurético, hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), cortisol, hormônio natriurético renal, além da atuação do sistema calicreína-cinina e das ações das prostaglandinas (LOLIO, 1990).

Segundo Pedroso e Oliveira (2014) outros fatores também podem atuar de maneira fisiológica promovendo alterações no barorreceptores, no débito cardíaco e ou/ na resistência vascular periférica como a atuação da vasopressina, níveis de insulina, endotelina, oxigênio, gás carbônico e óxido nítrico, efeito da histamina e serotonina, a proliferação, necrose e fibrose da musculatura das arteríolas, a presença de cálcio livre intracelular no músculo, a atividade do sistema nervoso simpático, a densidade (rarefação) da microcirculação e a hipertrofia das arteríolas.

A fisiopatologia da hipertensão arterial envolve duas teorias que tentam explicar a maioria dos casos. A teoria neurogênica sustenta que o sistema nervoso autônomo, nos casos de hipertensão, possui seu set point pressórico ajustado para

⁵ Essa lei preceitua que a pressão arterial (PA) pode ser obtida através do produto da resistência oferecida pelos vasos sanguíneos periféricos totais (RP) e pelo débito cardíaco (DC).

um nível mais elevado, determinando a elevação da PA. A teoria do desbalanço do controle da absorção de sódio defende que há uma diminuição da excreção renal de sódio, sendo esta inferior à quantidade de sódio ingerida na dieta. Isto determina elevada retenção de sódio que por sua vez, gera retenção hídrica (aumento da volemia) no organismo que eleva o nível pressórico (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

O sistema renina-angiotensina-aldosterona é o principal mecanismo de regulação da PA. Quando ocorre diminuição da chegada de fluídos (sangue) nos rins seja por motivo de desidratação ou obstrução na corrente sanguínea, ocorre a liberação de uma enzima de origem renal denominada renina. A renina é capaz de atuar sobre o angiotensinogênio, substância produzida pelo fígado, convertendo-a em angiotensina I. A angiotensina I ao sofrer atuação de outra enzima, esta denominada de enzima conversora de angiotensina (ECA), situada na superfície endotelial dos vasos sanguíneos, é transformada em angiotensina II. A angiotensina II se liga a receptores existentes nos tecidos orgânicos, atua promovendo a contração das arteríolas, elevando, dessa forma, os valores da PA (RAMOS; CASALI, 2012). A renina também atua de outro modo contribuindo para elevar a PA. A renina age sobre a aldosterona, hormônio produzido pelas glândulas adrenais (suprarrenais). A aldosterona retém de sódio no organismo ao mesmo tempo em que promove a excreção do potássio através da urina e, deste modo, acaba por promover retenção hídrica. O excesso de água no corpo humano ocasiona a expansão do volume sanguíneo e desta forma causa a elevação da pressão arterial (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

O conceito de hipertensão arterial sistêmica é referido como uma elevação mantida dos níveis pressóricos acima da faixa considerada ideal para a idade do usuário, sendo condição clínica frequente, crônica e multifatorial (MALACHIAS *et al.*, 2016). No Brasil, a hipertensão arterial tem sido conceituada de modo arbitrário, como um valor pressórico acima de 130 X 80 mmHg, para o qual se propõe algum tipo de cuidado. Esse valor pressórico foi definido a partir da realização de estudos epidemiológicos que comprovaram que níveis pressóricos superiores a esse valor, geravam o risco de adoecimento e morte, principalmente por doenças cardiovasculares. Tais parâmetros, entretanto, foram e podem ser modificados no decorrer do tempo, em virtude de novas descobertas das ciências médicas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, c2012).

Outra forma mais dinâmica de conceituar a hipertensão é compreendê-la como um tipo de fator de risco que se manifesta clinicamente como elevação persistente, crônica no nível pressórico, no qual se percebe importante benefício na redução da morbimortalidade com a realização de cuidado específico juntamente com a correção de outros fatores de risco associados tais como as dislipidemias, diabetes etc. (KUCHENBECKER; SILVA NETO; ROSITO, 2007).

Clinicamente a avaliação do usuário hipertenso é realizada através da anamnese e do exame físico. Na anamnese (história clínica do usuário), principalmente durante a primeira consulta, destaca-se o papel da história familiar deste usuário, com a presença de outros casos de hipertensão em parentes. É importante conhecer também sobre problemas financeiros enfrentados pelo usuário hipertenso, contrariedades, problemas familiares, emocionais que possam influenciar em seu quadro clínico e sobre sua capacidade de enfrentar doenças crônicas, pois estas necessitam do comprometimento com o uso constante de medicação. É necessário saber sobre alterações de peso apresentadas pelo usuário hipertenso, sobre a realização ou não de atividades físicas, sobre o consumo de sal, gorduras e uso de xantinas, sobre o consumo de bebidas alcoólicas e uso de fármacos e substâncias de abuso que possam elevar a pressão arterial (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). Merece destaque o relato de outros sinais ou sintomas que possam indicar outras doenças associadas ao quadro hipertensivo.

No usuário que já possui o diagnóstico de hipertensão é importante questionar na anamnese alguns aspectos relevantes: o tempo de diagnóstico do quadro hipertensivo e histórico dos níveis pressóricos, os tratamentos e medicações utilizadas, a história familiar e do próprio usuário hipertenso no que se refere à presença de outras doenças como as cardiovasculares, renais, endócrinas e a presença de dislipidemia (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Os usuários com hipertensão arterial sem complicações, geralmente apresentam-se de forma assintomática. Quando, durante a anamnese, são descritos sintomas, eles costumam ser discretos e inespecíficos. Como exemplo deste quadro destaca-se: dor de cabeça, palpitações, relato de zumbidos no ouvido, percepção de pontos anormais em campo visual, dor na nuca, dor em membros inferiores e tonteiras. Infelizmente, tais sintomas podem também estar presentes em diversas outras doenças, não sendo exclusivo da hipertensão. Isto pode dificultar o médico a

definir o diagnóstico dessa última condição, principalmente se ele não aferir a pressão do usuário (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Durante a realização do exame físico, deve-se verificar o valor da pressão arterial em duas ou mais aferições, com intervalo de pelo menos dois minutos entre as medidas. A PA deve ser aferida com o usuário hipertenso em mais de uma posição (sentado, deitado ou de pé). É importante também avaliar o peso, altura e a medida da cintura abdominal do usuário hipertenso. A medida da cintura se superior ao valor desejado – inferiores a 98 cm no homem e a 85 cm na mulher -, está relacionada com aumento do risco cardiovascular (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

O exame de fundo de olho deve ser feito em todo usuário hipertenso, pois permite avaliar a gravidade, definir o prognóstico da doença hipertensiva e o grau de aterosclerose do usuário hipertenso (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). A hipertensão é capaz de acelerar o processo de aterogênese, gerando aumento da incidência de cardiopatias e de doença vascular encefálica. Quanto maior a PA, mais elevado é este risco, por isto a importância de um exame ocular periódico. O exame do fundo de olho ajuda também na definição da conduta terapêutica, diferenciando quadros de emergência ou urgência hipertensiva, que requerem tratamento rápido, daqueles quadros hipertensivos graves, crônicos, que requerem tratamento intenso, porém programado (JOHNSON; BAKRIS; RODRIGUEZ-ITURBE, 2016).

O exame do fundo de olho pode revelar as seguintes alterações: estreitamento arteriolar, constrição arteriolar do tipo focal, entalhe arteriovenoso, hemorragias na retina, a presença de exsudatos e em casos mais graves o edema de papila (WELLS *et al.*, 2016). Pedroso e Oliveira (2014) separaram as alterações de fundo de olho de usuários hipertensos em quatro graus de lesões. No grau I temos a presença de artérias com tortuosidade e diminuição de seus calibres, no grau II, além das alterações do grau anterior, associam-se ao quadro áreas de constrição e cruzamentos arteriovenosos patológicos. No grau III temos as lesões do grau I e II acrescidas da presença de exsudatos algodinosos ou hemorragias em chama de vela e o Grau IV, considerado o mais grave, contém todas as alterações anteriores e a presença do edema de papila, fato que pode levar a cegueira.

O exame da região cervical (verificar a presença de sopro carotídeo, distensão jugular, aumento tireoidiano) e o exame do precórdio (sopros, presença de terceira ou quarta bulha, desdobramentos de bulhas, bulhas hiperfonéticas) também são imprescindíveis para a definição do diagnóstico. A estes se acresce o exame

pulmonar, do abdome (verificar sopros, presença de viceromegalias e de massas pulsáteis) e uma análise cuidadosa das extremidades em busca de edemas e alterações nos pulsos e ainda, a realização de um exame neurológico básico (KUCHENBECKER; SILVA NETO; ROSITO, 2007).

Como importante contribuição para o diagnóstico da HAS, a aferição da PA deve ser realizada de maneira correta. A primeira aferição pressórica foi realizada por método direto, por via intra-arterial em animal no ano de 1730 por Hales na Inglaterra. Desde essa época, até os dias atuais, muitas mudanças ocorreram. As aferições rotineiras da PA, tanto para uso clínico quanto epidemiológico, hoje são realizadas pelo método de aferição indireto, criado por Scipione Riva Rocci no ano de 1898. Este método foi baseado na oclusão momentânea do fluxo sanguíneo na artéria braquial pela compressão exercida por um manguito do tipo pneumático ligado a um manômetro de mercúrio. Ao longo do tempo, surgiram os aparelhos portáteis para a aferição, nos quais o manômetro pode ser aneroide ou de mercúrio (LOLIO, 1990).

No ano de 1905, Nicolai Korotkoff mostrou ser possível ouvir os ruídos produzidos através do esvaziamento do manômetro através da ausculta com um estetoscópio aplicado sobre a artéria braquial durante a deflagração do manguito pneumático. Assim tornou-se possível a determinação da PAS associada ao início do aparecimento dos ruídos e, da PAD, associada ao desaparecimento de tais ruídos (LOLIO, 1990).

A hipertensão arterial sistêmica, descrita, na maioria das vezes, como uma doença de longa duração, na verdade, pode ser compreendida como uma variável contínua, mas que pode promover de flutuação discreta de seus valores ao longo do dia. As flutuações, para valores acima ou abaixo de um determinado valor considerado habitual para aquele indivíduo podem ocorrer em pessoas hipertensas ou não, de minuto a minuto. Elevações pressóricas transitórias, atingindo valores de até 150 mmHg na pressão arterial sistólica, podem ocorrer a qualquer momento, principalmente durante a realização de exercícios físicos em usuários normotensos (JOHNSON; BAKRIS; RODRIGUEZ-ITURBE, 2016).

Segundo Lolio (1990), a medida da PA pode sofrer diversas flutuações verdadeiras ou aparentes ao longo do dia ou durante períodos mais longos de observação. As flutuações verdadeiras são características de variações do próprio indivíduo e ocorrem em função de estímulos fisiológicos intrínsecos (sono, febre,

prática de exercícios físicos, estresse, dor, entre outros) ou devido a fatores ambientais (como frio, calor, ruído etc.).

As flutuações aparentes são erros na aferição relacionada a várias causas. As causas relacionadas ao uso do aparelho incluem, entre outros, péssima conservação do mesmo, a falta de calibragem adequada, a ocorrência de vazamentos em vários locais do aparelho relacionado ao seu manguito (LOLIO, 1990).

Dentre as causas associadas com a prática do profissional que afere a PA encontram-se a hipoacusia, o uso do manguito de tamanho inapropriado ao tamanho do braço do usuário, o posicionamento errôneo do aparelho no braço do usuário, compressão da artéria braquial de forma incorreta pela campânula do estetoscópio, a insuficiência de treinamento, escolhas por valores de dígitos preferências por vícios ou despreparo técnico, esvaziamento extremamente rápido ou demasiadamente lento do manguito entre outros (LOLIO, 1990).

Em relação às causas relacionadas ao usuário, nem todas são consideradas erros de medida, o potencial para o vício é decorrente de não se considerar determinadas situações que podem alterar o valor da medição, tais como a presença de arritmias cardíacas, existência de rigidez arterial em usuário idoso, uso de estimulantes como o fumo e o café, ansiedade, tensão muscular de causa emocional devida ao próprio ato de aferir a PA, realização de exercícios físicos e alimentação recente (LOLIO, 1990).

Em virtude das questões citadas anteriormente preconiza-se a aferição em repouso da PA e em mais de uma ocasião, como forma de se estabelecer ou não o diagnóstico de hipertensão (LOLIO, 1990). Entretanto, se a PA se elevar de modo a atingir valores maiores ou iguais a 140 X 90 mmHg em mais da metade do dia, esse usuário pode ser considerado hipertenso (JOHNSON; BAKRIS; RODRIGUEZ-ITURBE, 2016).

Atualmente a aferição da PA no Brasil, pode ser feita com a utilização de esfigmomanômetros manuais, do tipo semiautomático ou automático, desde que sejam aparelhos validados e com calibragem verificada anualmente, de acordo com as orientações do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), através da Portaria nº 24, de 22 de fevereiro de 1996 (MALACHIAS *et al.*, 2016).

2.2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica: tipos e formas de apresentações clínicas

A hipertensão arterial é um complexo agravo à saúde que se manifesta de diversas formas. Entre o critério da normalidade pressórica e os critérios que definem claramente um usuário como hipertenso existe uma faixa dita *borderline*, considerada por algumas sociedades, denominada de pré-hipertensão. A pré-hipertensão é um quadro no qual as pessoas apresentam níveis pressóricos discretamente elevados sendo que tais níveis, no entanto, ainda não atingiram os critérios propostos para o diagnóstico de hipertensão. Existem 10 milhões de pessoas no mundo, portadoras dessa condição. A pré-hipertensão eleva os riscos cardiovasculares e tais indivíduos podem no futuro, por exemplo, apresentar comprometimento de suas funções renais (AMERICAN HEART ASSOCIATION, c2012). Os usuários pré-hipertensos possuem maior probabilidade de se tornarem hipertensos e possuem riscos mais elevados de desenvolverem complicações quando comparados com pessoas normotensas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão primária é responsável por 90% dos casos de hipertensão diagnosticados (KUCHENBECKER; SILVA NETO; ROSITO, 2007), podendo ser considerada como uma condição epidêmica (JOHNSON; BAKRIS; RODRIGUEZ-ITURBE, 2016).

A elevação da atividade do sistema nervoso simpático, a produção exagerada de hormônios poupadores de sódio, a deficiência de estímulos vasodilatadores, a secreção inadequada de renina, alterações na resistência vascular, a presença de *diabetes mellitus* ou a resistência insulínica, o excesso de peso e o aumento do inotropismo cardíaco (aumento da força de contração), além de mecanismos envolvendo o rim e diversos outros fatores que promovam aumento da retenção de sódio e água no organismo são condições contribuintes para o desenvolvimento desse tipo de hipertensão. Entretanto, a hipertensão primária é um quadro complexo de origem poligênica de penetrância variável. A etiologia deste tipo de hipertensão compreende, portanto, a interação de ações de diversos determinantes ambientais e fatores genéticos (KUCHENBECKER; SILVA NETO; ROSITO, 2007).

Os quadros de hipertensão cuja causa não pode ser completamente identificada durante a avaliação clínica do usuário são considerados de hipertensão

primária ou essencial (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Em grande parte desses usuários, o excesso de peso e a vida sedentária parecem contribuir para a causa desta doença. Em diversas populações o sobrepeso e a obesidade são responsáveis por até 65 a 75% dos casos de desse tipo de hipertensão (GUYTON; HALL, 2011).

A hipertensão secundária é aquela em que podemos identificar uma causa associada à sua gênese. Este tipo de hipertensão ocorre em 5 a 10% dos usuários hipertensos (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Segundo Amodeo, Lima (2010), as causas mais frequentes de hipertensão secundária são o hiperaldosteronismo primário, o feocromocitoma, paragangliomas, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, Síndrome de Cushing, acromegalia e a hipertensão renovascular.

Os usuários portadores de hipertensão secundária podem apresentar sintomas referentes à sua doença prévia ou primária, também denominada doença de base. Deste modo, usuários portadores de feocromocitoma podem manifestar além da hipertensão, cefaleia, sudorese, taquicardia e hipotensão ortostática, enquanto, por exemplo, aqueles com de Síndrome de Cushing terão sobrepeso ou obesidade, fâcies de lua cheia, corcova de búfalo, hirsutismo, poliúria, edema e se forem do sexo feminino, irregularidades no ciclo menstrual (WELLS *et al.*, 2016). É importante ainda pesquisar outras sintomatologias sugestivas de causas secundárias de doença hipertensiva, como por exemplo, hematúria, palidez, palpitações, edemas, ronco e apneia noturna (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Existem diversas formas de apresentação ou manifestação clínica da hipertensão arterial. Este é o caso da hipertensão do jaleco branco, da hipertensão mascarada, da pressão arterial resistente e da hipertensão pseudorresistente.

A hipertensão ou efeito do avental branco é considerado a diferença de valores pressóricos quando comparamos os valores obtidos na aferição da pressão arterial de um usuário, dentro de um consultório médico, e aquele obtido, em outro local fora dele, como por exemplo, no domicílio do usuário, desde que essa diferença seja \geq a 20 mmHg na PAS e /ou 10 mmHg na PAD (MALACHIAS *et al.*, 2016). Em outras palavras, o usuário possui hipertensão do avental branco quando se apresenta hipertenso no consultório médico ou em ambiente hospitalar e, normotenso em casa ou em locais considerados relaxantes para este usuário (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). Esta situação, entretanto, não interfere no diagnóstico. Se o usuário é

considerado normotenso devido a várias medidas, e a PA só se altera nesta condição específica de estresse, ele permanecerá sendo considerado como normotenso. Caso o usuário já possua anteriormente o diagnóstico de hipertensão, continuará do mesmo modo (MALACHIAS *et al.*, 2016). A ocorrência desse efeito é tão significativa que até 40% dos casos de hipertensão leve, diagnosticada pelo médico, são na realidade, decorrentes do efeito do jaleco branco (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

A hipertensão mascarada é considerada o inverso do efeito do avental ou jaleco branco. É uma condição definida como a presença de valores normais de aferição da pressão de um usuário dentro do consultório médico ou no ambiente hospitalar, porém esse mesmo usuário apresenta-se com pressões elevadas na realização da Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou em outras formas de aferições domiciliares. Vários fatores podem contribuir por essa diferença encontrada nos valores pressóricos, como a idade mais jovem, o sexo masculino, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, ansiedade, estresse, hipertensão induzida por exercício, obesidade, doença renal e diabetes. Nos usuários diabéticos, a hipertensão mascarada está associada a risco aumentado de nefropatia, especialmente se a pressão arterial se elevar em período noturno (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As metas adequadas para se atingir um controle pressórico ideal atualmente utilizadas no Brasil, são valores inferiores a 140 x 90 mmHg para população em geral e valores menores que 130 x 80 mmHg em grupo de usuários hipertensos específicos, como os portadores de *diabetes mellitus* e os portadores de doença renal crônica (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2015).

A hipertensão arterial resistente (HAR) é aquela cuja manutenção dos valores pressóricos persiste acima das metas recomendadas para a idade e para os grupos especiais, em determinados usuários, previamente considerados como hipertensos e já em tratamento. Esta condição ocorre mesmo que o usuário hipertenso esteja fazendo seu tratamento com o uso de três fármacos anti-hipertensivos, de tipos ou classes diferentes, com ações sinérgicas e em doses máximas preconizadas. Todos os medicamentos em uso têm que ser bem tolerados pelo usuário (não causar desconforto ou mal que justifique interrupção do uso). É recomendado que um dos medicamentos em uso seja da classe dos diuréticos. Consideramos também como HAR, os casos em que a pressão do usuário hipertenso se encontre controlada (dentro de níveis satisfatórios recomendados), mas se obtenha esse efeito somente às custas

do uso de quatro ou mais tipos diferentes de medicamentos anti-hipertensivos (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2015). A HAR ocorre por falhas ou resistência a ação do medicamento, estando o usuário hipertenso em uso correto de uma prescrição adequada para o seu caso.

A hipertensão do tipo pseudorresistente é considerada como o inadequado controle da pressão arterial nos casos em que o usuário hipertenso recebe do seu médico uma prescrição correta, adequada para o seu caso, mas não a utiliza corretamente. Esse quadro se diferencia da HAR porque não há falhas na ação das drogas, mas sim o seu uso de maneira inapropriada pelo usuário hipertenso. Neste caso, o usuário altera ou suprime doses ou intervalos da prescrição por conta-própria, indicando falhas na adesão terapêutica. A pressão pseudorresistente também pode ocorrer devido a outros motivos como a síndrome do jaleco branco ou devido a erros no procedimento de aferição da pressão arterial (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2015).

A hipertensão do tipo acelerada é considerada um quadro grave. Trata-se de hipertensão severa (níveis superiores a 210 X 130 mmHg, associados ao rápido decréscimo da função renal e a alterações no exame de fundo de olho (retinopatia de grau III). Este quadro necessita de tratamento intensivo e rápido (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

A hipertensão maligna é um quadro de hipertensão semelhante à acelerada, porém se associa a retinopatia mais grave, de grau IV. Devido aos avanços da terapêutica com anti-hipertensivos e o uso da diálise, tem se tornado felizmente, uma condição rara nos dias atuais (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). Atualmente, os termos urgência e emergência hipertensiva têm sido usados em substituição à hipertensão acelerada e maligna (JOHNSON; BAKRIS; RODRIGUEZ-ITURBE, 2016).

Outra forma de apresentação clínica da hipertensão é denominada complicada. Trata-se de hipertensão que apresenta lesões de diversos órgãos-alvo. Estas lesões se manifestam como quadros graves, entre eles o acidente vascular encefálico, os aneurismas, a insuficiência cardíaca congestiva, a insuficiência renal crônica e o infarto agudo do miocárdio (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

As crises hipertensivas, também compreendidas como formas possíveis de apresentação da hipertensão, são definidas como o aumento nos valores pressóricos superiores ou iguais a 180 x 120 mmHg, podendo se manifestar de duas formas, como urgências ou como emergências hipertensivas. As crises podem estar presentes em

hipertensos de longa data ou podem ser a primeira manifestação dessa doença. Nos hipertensos crônicos podem se manifestar com níveis mais elevados da pressão diastólica, em torno de 140 ou 150 mmHg, e naqueles com histórico mais recente da doença, ocorre em níveis mais baixos, em torno de 110 mmHg ou menos de pressão diastólica (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Na urgência hipertensiva, os níveis da PA encontram-se elevados, mas não há sinais agudos de comprometimento de órgãos alvo, mesmo que o usuário apresente algum grau de desconforto físico, associado a náuseas, vômitos, epistaxe (sangramento nasal) ou tontura. Nestas circunstâncias, os níveis pressóricos podem ser baixados lentamente, em torno de 8 a 12 horas, após sua verificação inicial (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Stefani e Barros (2010) consideram que as urgências hipertensivas são ocasiões de pressão elevada que podem estar associadas a quadros de anticoagulação sanguínea, pré-eclâmpsia (gestantes), intoxicação por cocaína ou anfetamina, pré e pós-operatório, transplante renal, rebote ocasionado pela suspensão abrupta do uso do medicamento clonidina. Já Ladeira, Brandão Neto e Furtado (2013) defendem como urgência hipertensiva os quadros que podem se relacionar a presença de insuficiência coronariana crônica, insuficiência cardíaca, aneurisma de aorta, a pré-eclâmpsia e as glomerulonefrites agudas.

Na emergência hipertensiva observa-se elevação importante dos níveis pressóricos, associada ao comprometimento agudo de órgãos alvo, gerando, por exemplo, quadros de insuficiência cardíaca e/ou edema pulmonar agudo, encefalopatia hipertensiva (cl clinicamente manifestada por dor de cabeça, vômitos, visão borrada, ataxia, estupor, disfunção cognitiva, convulsões, amaurose (cegueira) do tipo cortical, presença de sinais de irritação focal, e retinopatia de grau III ou IV presentes no exame de fundo de olho, entre outros (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Na emergência hipertensiva, a redução de 25% dos níveis pressóricos deve ser precoce, em poucos minutos ou no máximo, em 1 a 2 horas após o início do quadro (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). As emergências hipertensivas são quadros graves e seu tratamento deve ocorrer em hospitais, nas salas de emergências ou na terapia intensiva, utilizando medicações venosas potentes para reverter o quadro, como, por exemplo, o nitroprussiato de sódio (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

De acordo com Stefani e Barros (2010), os quadros de emergências hipertensivas incluem a encefalopatia hipertensiva, síndromes coronarianas agudas,

edema agudo de pulmão, dissecação da aorta, hemorragia intracraniana, sangramentos pós-operatórios, queimaduras extensas, dissecação da aorta, crises de feocromocitoma, hipertensão acelerada ou maligna e eclampsia (gestantes). Já Ladeira, Brandão Neto e Furtado (2013) consideram como emergências hipertensivas neurológicas a associação com encefalopatia hipertensiva, hemorragia intraparenquimatosa cerebral, hemorragia subaracnóidea, dissecação aguda da aorta, infarto do miocárdio, edema agudo de pulmão, síndromes coronariana agudas, crises adrenérgicas graves. Também entram para esta lista o feocromocitoma, o uso de cocaína e catecolaminas e os quadros associados à gestação como a eclampsia e a hipertensão acelerada e a maligna.

Ainda relacionado às possíveis formas de manifestação desta doença, identifica-se a hipertensão isolada. Neste tipo de hipertensão há somente a elevação da pressão sistólica, enquanto a diastólica permanece com seus níveis dentro da faixa limítrofe. Usuários acometidos por esta hipertensão, em especial idosos e de meia idade, estão mais propícios a desenvolver doenças cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016).

É importante ainda assinalar a hipertensão crônica não controlada. Enquadra-se neste tipo os casos de elevações isoladas da PA sem a presença de sintomas e sem repercussões em órgãos-alvo. Estes casos representam a maioria dos atendimentos em emergência e não requerem tratamento imediato. Nesta situação, se o usuário não souber que é hipertenso, há indicação de início do cuidado, seja medicamentoso ou não. Se o usuário já for hipertenso, pode ser necessário o ajuste da dose dos medicamentos e o encaminhamento para controle ambulatorial. Suspeitando-se de presenças de lesões subclínicas, o usuário pode ser observado por determinado período até que essas possíveis lesões possam ser descartadas (STEFANI; BARROS, 2010).

2.2.3 Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de risco e classificação

Existem vários fatores que podem ser considerados como de risco para o desenvolvimento de HAS no adulto. A idade do usuário é um deles. Quanto mais elevada for a idade do indivíduo, maiores serão suas chances de desenvolver um

quadro hipertensivo. Mesmo os usuários normotensos, a partir dos 55 anos de idade, possuem 90% de chance de desenvolver hipertensão arterial durante os anos restantes de sua vida (AMERICAN HEART ASSOCIATION, c2012). A prevalência elevada da HAS devido ao aumento da idade se relaciona com a ocorrência da diminuição fisiológica da elasticidade dos vasos sanguíneos associada ao aparecimento da arteriosclerose, gerando um aumento da resistência vascular periférica (OLIVEIRA, E. A. F. *et al.*, 2011).

A etnia também influi, já que a hipertensão é mais comum em pessoas não brancas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, c2012). Dentre os inúmeros problemas de saúde que possuem elevado índice de ocorrência na etnia negra, principalmente no Brasil, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica essencial, especialmente em sua forma mais severa. A etnia negra parece apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como na forma de transporte renal desses íons. A presença de um gene poupador de sódio levaria a uma maior absorção desse elemento no interior das células e um transporte excessivo de cálcio para o exterior celular. Esse desequilíbrio contribuiria para o surgimento do quadro hipertensivo. Pereira e Silva (2011) referem inclusive que a hipertensão em negros tende a ser um quadro mais severo.

Em relação à etnia negra brasileira, também merece destaque a história social fundamentada na ideologia da escravidão, fato que perdurou por mais de quatro séculos e permanece até hoje, de certa forma, embasando o processo de exclusão social. Aspectos dessa história podem ter contribuído para o desenvolvimento da hipertensão em negros, haja vista que as condições de escravização e a colonização mercantilista expuseram a população africana e seus descendentes riscos e estresses que anteriormente não existiam em seu habitat natural, provavelmente auxiliando a eclosão do quadro hipertensivo. Naquele momento histórico, percebemos que a violência, em todas as suas formas, a submissão ao trabalho pesado e forçado, a alteração do padrão social dos negros, o medo, a miséria e a ausência de esperança provavelmente interferiram na capacidade de equilíbrio ou homeostase física desses seres humanos (CRUZ; LIMA, 1999).

Associado a esse fator de herança da própria etnia, a tendência à obesidade, outra característica genética, atua favorecendo o aparecimento da hipertensão. A obesidade ou o sobrepeso são condições que merecem destaque. O excesso de peso aumenta em duas vezes a chance de ocorrência de hipertensão em

comparação com população não obesa. A pressão arterial aumenta linearmente, de acordo com a elevação da relação cintura – quadril, independentemente do sexo. O sobrepeso assim como a obesidade, mesmo em jovens, já contribui para o surgimento da doença. A elevação de 2,4 Kg/m² para além do índice de massa corporal adequado já fornece elevação do risco (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Existem também, os fatores ambientais, tais como o fumo, consumo de bebidas alcoólicas, estresse dentre outros fatores, que podem estar presentes, potencializando o surgimento da HAS (CRUZ; LIMA, 1999).

A ingestão crônica de bebida alcoólica também está relacionada ao aumento da pressão. O consumo excessivo de álcool gera elevação dos níveis pressóricos e contribui para a mortalidade cardiovascular por todas as causas (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). Entretanto, de acordo com Amoedo e Lima (1996), o álcool ingerido em baixas doses pode apresentar um efeito hipotensor.

O agravamento do nível pressórico e a relação deste com o tabagismo decorrem de uma complexa ligação entre fatores hemodinâmicos, o sistema nervoso autônomo e diversos fatores endoteliais. A nicotina, através de sua ação imediata promove ativação do sistema nervoso simpático, com conseqüente elevação da frequência cardíaca e dos níveis pressóricos e promove o aumento da contratilidade miocárdica. Isto gera diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos e ao próprio músculo cardíaco (SOUSA, M. G., 2015). Esse adoecimento, entretanto, não é exclusivo dos fumantes. Todos os usuários que respiram a fumaça dos ambientes poluídos são considerados fumantes passivos e podem desenvolver doenças decorrentes do uso do tabaco (VIEIRA, 20

O sedentarismo igualmente se constitui em fator de risco. A atividade física evita o desenvolvimento da hipertensão, mesmo em usuários pré-hipertensos (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). A prática de exercícios executada regularmente diminuiu a pressão de usuários hipertensos, em média 11 mmHg na sistólica e 6 mmHg nos valores da diastólica (AMODEO; LIMA, 1996).

Outro fator a ser considerado refere-se ao gênero. Quanto a este aspecto, até os 50 anos de idade a prevalência da HAS é maior em homens, após esta idade a prevalência se torna maior em mulheres (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). As mulheres adultas geralmente possuem maior percepção em relação às doenças e maior tendência a exercer o autocuidado. Via de regra procuram por

assistência médica mais frequentemente do que os homens, tendendo a apresentar maior probabilidade de ter o quadro de hipertensão arterial diagnosticada de forma precoce, se comparada à população masculina, o que pode justificar o aumento de hipertensão em mulheres (OLIVEIRA, E. A. F. *et al.*, 2011). Silva *et al.* (2016) reforçam a opinião sobre a elevada busca das mulheres pelo cuidado, enquanto, Ribeiro e Batista (2015) mencionam a dificuldade dos homens para procurarem ajuda e realizar o diagnóstico da doença hipertensiva precocemente. Cabe salientar que no Brasil, as mulheres negras possuem o dobro de incidência de hipertensão arterial em comparação com mulheres brancas (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

Johnson, Bakris e Rodriguez-Iturbe (2016) descrevem outros fatores de risco para o desenvolvimento da HAS como a resistência insulínica aumentada, a elevação do ácido úrico ou o desenvolvimento da gota, os distúrbios do sono (apneia obstrutiva do sono), o elevado consumo de açúcar e pequenas doses de toxinas no organismo, gerada pela contaminação por chumbo e cádmio.

Por fim, a história familiar deve ser ressaltada como um dos fatores de risco. Fatores genéticos contribuem para o desenvolvimento do quadro hipertensivo, mas infelizmente, frente à medicina atual, ainda não há como utilizá-los para prever o risco de desenvolvimento dessa doença (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

A classificação da HAS pode ser feita a partir de dois parâmetros: repercussões e lesões provocadas em órgãos-alvo e nível pressórico. No primeiro parâmetro encontra-se a HAS nos estágios I, II e III. No estágio I a doença não apresenta repercussões em órgãos-alvo, o estágio II engloba usuários hipertensos com pelo menos uma destas lesões em órgão-alvo: hipertrofia cardíaca, estreitamento de arteríolas em fundo de olho, presença de proteinúria ou elevação da creatinina sérica (mesmo que ambas sejam em nível discreto) e a presença radiológica ou ultrassonográfica de aterosclerose nas artérias carótidas, aorta, femoral ou ilíaca. Já o estágio III contém as repercussões mais graves que podem atingir os órgãos-alvo, tais como angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca; alterações cerebrais (acidente vascular encefálico, ataque isquêmico transitório e a encefalopatia hipertensiva), lesões severas em fundo de olho (exsudatos com ou sem edema de papila), nos rins (níveis séricos de creatinina >2 mg/dl) e nos vasos sanguíneos (aneurisma dissecante da aorta e a doença arterial oclusiva com sintomas (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Quanto ao nível pressórico sistólico e/ ou diastólico existem diferentes posições que variam de acordo com as sociedades e com os avanços e novas descobertas da área (MALACHIAS *et al.*, 2016). Em que se pese a diversidade de posicionamentos é possível apresentar algumas classificações, evidenciando os principais pontos de convergência e divergência.

A Tabela 1 identifica a mais recente classificação utilizada no Brasil, da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Tabela 1 – Classificação da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Para usuários acima de 18 anos

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré- hipertensão	121-139	81-89
Estágio I	140-159	90-99
Estágio II	160-179	100-109
Estágio III	≥180	≥110
Hipertensão arterial isolada	≥ 140	<90

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Nota: Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 11

Os dados demonstram que existe uma faixa dentro da qual a variação pressórica é considerada normal para o adulto. Existe uma tendência a considerar níveis pressóricos cada vez menores (inferiores a 120 X 80 mmHg) como ideais para uma saúde perfeita, embora exista uma faixa de tolerância (faixa de pré- hipertensos) que englobe níveis até 139 X 89 mm Hg. Atualmente por esta diretriz, o estágio I da hipertensão inicia-se com níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 X 90 mmHg.

Na classificação realizada nos Estados Unidos e divulgada através do sétimo relatório da Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) a pressão ideal é aquela cujos valores são inferiores a 120 X 80 mmHg. A pré-hipertensão aqui inclui o valor 120 X 80 mmHg (Tabela 2). Não há referências a casos de hipertensão arterial isolada neste tipo de classificação.

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial conforme o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure para usuários acima de 18 anos

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Estágio I	140-159	90-99
Estágio II	160-179	100-109
Estágio III	≥180	≥110

Fonte: Adaptado de STEFANI; BARROS, 2010

A classificação da International Society of Hipertension e OMS (Tabela 3) apresenta ampla faixa de normalidade pressórica, iniciando com valores inferiores a 120 X 80 mmHg e atingindo valores máximos iguais a 139 X 89 mmHg. As demais seguem o mesmo padrão da VII Diretriz.

Tabela 3– Classificação da pressão arterial, de acordo com a categoria da International Society of Hipertension/Organização Mundial da Saúde, para usuários adultos

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal- alta	130-139	85-89
Hipertensão grau I	140-159	90-99
Hipertensão grau II	160-179	100-109
Hipertensão grau III	≥180	≥110
Hipertensão arterial isolada	≥ 140	<90

Fonte: Adaptado de STEFANI; BARROS, 2010

Em 2017, os níveis pressóricos foram redefinidos nos EUA pela classificação da American Heart Association /American College of Cardiology Guidelines (Tabela 4). Essa classificação é mais rigorosa ao considerar como hipertensos aqueles usuários com níveis pressóricos em torno de 120 X 80 mmHg. Se essa classificação for aceita universalmente, ampliará muito a prevalência de hipertensão mundial e agravará a magnitude dessa importante questão de saúde

pública. Outra inovação é a categoria crise hipertensiva. Esta categoria é definida quando os níveis pressóricos atingem valores iguais ou superiores a 189 X 120 mmHg.

Tabela 4– Classificação da pressão arterial de acordo com American Heart Association/American College of Cardiology Guidelines, para usuários adultos (acima de 18 anos)

Categoria da hipertensão	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	e	< 80
Elevada	120-129	e	<80
Estágio I	130-139	ou	80-90
Estágio II	≥140	ou	≥90
Crise hipertensiva	≥ 180	e/ou	≥ 120

Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY GUIDELINES, 2017, tradução nossa

Independentemente do tipo de classificação utilizada, nos casos em que a PAS e PAD estão situadas, cada uma, em faixas diferentes, aquela que possuir o maior valor deve ser utilizada para a classificação do nível da PA.

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO

Apesar da hipertensão se apresentar de diversas formas -hipertensão arterial resistente, hipertensão mascarada, crise hipertensiva etc. -, existem somente dois tipos de hipertensão: a primária e a secundária. A terapêutica da hipertensão arterial primária envolve dois aspectos: o cuidado não farmacológico, ou seja, sem o uso de medicamentos e o cuidado medicamentoso ou farmacológico, com o uso de drogas com ações específicas anti-hipertensivas. A hipertensão primária não é considerada curável, portanto, sua terapêutica é crônica. Já o cuidado relativo à hipertensão secundária é realizado na maioria das vezes através da correção da doença ou condição clínica que gerou essa hipertensão. Esse cuidado, algumas vezes pode ser realizado através de procedimentos cirúrgicos e pode significar a cura da hipertensão secundária (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O objetivo da terapêutica da hipertensão não é realizar o controle dos sintomas que são inespecíficos e discutivelmente associados ao nível pressórico.

Muitos usuários hipertensos inclusive são assintomáticos. O objetivo principal recai sobre a necessidade de redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, que se obtém reduzindo os valores da PA (FUCHS, 2002).

A terapêutica do quadro hipertensivo é bastante complexa e se baseia nos níveis pressóricos do usuário hipertenso, na presença de fatores de risco e de lesões em órgãos-alvo e no quadro já instalado de doença cardiovascular, renal ou diabetes. Apenas uma pequena parcela dos usuários hipertensos apresenta somente a elevação da pressão sem outras alterações associadas. Diante desse fato é recomendada a realização da estratificação de risco de cada usuário (Figura 1). A avaliação do risco cardiovascular global auxilia na decisão terapêutica e permite analisar o prognóstico do usuário por meio de dados importantes obtidos na anamnese, exame físico e através da realização de alguns exames complementares (MALACHIAS et al., 2016).

Figura 1 – Risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesão de órgãos alvo e doença cardiovascular

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
\geq 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: MALACHIAS et al. , 2016, p. 18

Os fatores de risco cardiovascular utilizados na avaliação global em hipertenso são o sexo masculino, a idade (homens \geq 55 anos e mulheres \geq 65 anos), história de doença cardiovascular prematura em parentes de primeiro grau (homens \geq 55 anos e mulheres \geq 65 anos), tabagismo, dislipidemia (colesterol total $>$ 190 e/ou Low Density Lipoprotein – LDL $>$ 115, e/ou High Density Lipoprotein – HDL $>$ 40 em

homens e < 46 nas mulheres e/ou triglicérides > 150 mg/dl), resistência insulínica (glicemia sérica de jejum entre 100 e 125 mg/ dl, teste oral de tolerância à glicose entre 140-190 mg/ dl em duas horas e hemoglobina glicosilada entre 5,7 e 6,4%) e a obesidade – índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² ou circunferência abdominal ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As lesões em órgãos-alvo (LOA) compreendem a hipertrofia ventricular esquerda (verificada através do eletrocardiograma) a espessura da camada média da artéria carótida > 0,9 mm ou presença de placa carotídea (demonstrado por exame ultrassonográfico), o índice tornozelo-braquial- ITB < 0,9 (notado ao exame físico) e a presença de doença renal crônica (DRC) em estágio 3 – usuário com ritmo de filtração glomerular/ RFG -entre 30-60 ml/min/1,73 m³ ou albuminúria entre 30-300 mg/24h ou com relação albumina- creatinina entre 30-300 mg/g obtidos por meio de exames laboratoriais (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As doenças cardiovasculares e a doenças renais prévias, estabelecidas na estratificação como de risco adicional ao usuário hipertenso são: doenças cerebrovasculares (AVE isquêmico, hemorragia cerebral, ataque isquêmico transitório), doença coronariana (angina instável ou estável, infarto do miocárdio, revascularização miocárdica por angioplastia ou cirurgia), insuficiência cardíaca com fração reduzida ou preservada, doença arterial periférica sintomática em membros inferiores e a doença renal crônica em estágio IV (RFG estimado < 30ml/min/1,73 m³ ou albuminúria superior a 300mg/24h). O *diabetes mellitus* também entra como uma doença que agrega maior gravidade ao quadro hipertensivo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A decisão terapêutica deve ser baseada na estratificação do risco global do usuário hipertenso. A abordagem dos usuários nos estágios II ou III, considerados de alto risco, deve ser imediata e utilizar medicamentos associados além do cuidado não medicamentoso. Nos usuários no estágio I, de baixo ou moderado risco, a terapêutica não farmacológica deve ser prescrita durante o período de 3 a 6 meses. Ao término deste período, se não houver controle pressórico satisfatório, o uso de medicamentos deve ser iniciado. Entretanto, se o usuário já não adere ao cuidado não medicamentoso desde o início, ou seja, antes dos 3 meses, tempo mínimo proposto para a avaliação médica, o uso de medicamentos deve ser instituído (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação aos usuários que apresentam níveis pressóricos sistólicos entre 130-139 mmHg e com níveis diastólicos entre 85-89 mmHg (primeira categoria da Figura 1) sem outras alterações associadas ao quadro pressórico, a abordagem deve ser por meio do cuidado não medicamentoso. Entretanto, para os usuários hipertensos dessa categoria com doenças cardiovasculares prévias, não há um consenso médico sobre qual a melhor forma de cuidado e cada caso deve ser avaliado individualmente (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Particularmente em idosos, o mecanismo mais comum que causa a HAS é o enrijecimento da parede arterial de grandes vasos. Essa rigidez arterial leva ao aumento da pressão sistólica com manutenção ou queda do nível da diastólica. Neste caso, recomenda-se o início da terapia medicamentosa em idosos na faixa de 60 a 79 anos nos quais o nível pressórico sistólico seja ≥ 140 mmHg. Nos idosos com idade superior ou igual a 80 anos somente se usa medicamentos se esta pressão for ≥ 160 mmHg. Em usuários mais jovens, com menos de 30 anos, a pressão sistólica isolada não requer tratamento com drogas e esse só é realizado se houver alto risco associado (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O cuidado, seja medicamentoso ou não, é de extrema importância para se evitar o aumento da morbimortalidade cardiovascular e para promover melhora da qualidade de vida desta população hipertensa.

3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CUIDADO E ADESÃO

3.1 CUIDADO: AFINAL DO QUE SE TRATA?

Ser saudável é condição imprescindível para assegurar uma boa qualidade de vida. A saúde, em termos biológicos, se manifesta através da disposição física e mental das pessoas para desempenhar, com autonomia, as tarefas cotidianas. O cuidado apresenta-se em grande parte, como uma ferramenta essencial ao ser humano para que este se encontre saudável. Muitas vezes, a procura pelo cuidado através dos serviços de saúde pode significar a manutenção ou o restabelecimento da saúde dos usuários, assumindo importância vital na vida destas pessoas (MERHY, 2013).

Cuidar é um ato que surgiu em um espaço delimitado, privado, familiar. A figura feminina primordialmente assumiu esta função, servindo como modelo deste conceito, ao realizar o ato de cuidar do filho, do marido, dos parentes e ao passar para suas filhas esses ensinamentos. O cuidado tradicionalmente envolve uma certa característica transmitida entre gerações, associada a definições de compaixão, amor, compreensão, sensibilidade e ajuda que não entram em conformidade com o paradigma científico, cartesiano e biomédico difundido por anos em nossa sociedade (FIGUEREDO *et al.*, 1998). Como atestam H. X. Faria e Araújo (2010) o cuidado envolve bem mais que a realização de procedimentos, engloba a perspectiva ampliada de promover a defesa da vida e de controlar os riscos de adoecimento. Amplia o objeto de trabalho proposto pelo modelo biomédico, promovendo a valorização das singularidades e a autonomia dos sujeitos envolvidos na relação produtora do cuidado.

O cuidado vem sendo, cada vez mais, incorporado às práticas de saúde. O cuidado exercido neste âmbito envolve três eixos temáticos, articulados e não excludentes que fornecem significados a seus usos: o primeiro eixo, da formulação de políticas públicas de saúde, o segundo do conhecimento técnico (tecnociências) e o terceiro eixo, da operacionalização da política de saúde ou seja, o modo de organização do processo de trabalho em saúde (PINHEIRO, 2007).

No primeiro eixo, o sentido atribuído ao cuidado engloba a designação de um nível de atenção do sistema de saúde, como um procedimento técnico específico ou como uma conduta assistencial simplificada. Esse sentido pode ser verificado em documentos oficiais, como por exemplo, programas, relatórios e projetos (PINHEIRO, 2007).

Em relação ao eixo do conhecimento técnico, que compreende o segundo eixo, o cuidado assume o sentido de uma construção teórico-prática, baseada nos conhecimentos de anatomia, clínica, da fisiopatologia e da genética médica. Tal significado encontra-se explícito em compêndios, manuais e em artigos científicos utilizados nas disciplinas biomédicas, conferindo ao ensino atributos de racionalidade hegemônica. Esse sentido é amplamente utilizado na formação dos profissionais de saúde, na validação de procedimentos e ações a serem ofertadas à população e faz parte do imaginário coletivo, configurando uma forma de saber legítimo e reconhecido como o melhor cuidado a ser oferecido (PINHEIRO, 2007).

O terceiro eixo está relacionado a noção do cuidado como parte das rotinas de trabalhos institucionais que afetam a confiança assistencial ou de denominações relativas a procedimentos técnicos-profissionais e protocolos clínicos. Refere-se a uso e sentido utilizado por agentes qualificados e legitimados socialmente mas, que nem sempre, consideram os aspectos sociais, históricos e culturais da população envolvida no ato, gerando uma convivência contraditória, que pode ser percebida através de relações conturbadas, verticalizadas, assimétricas entre usuários, profissionais e gestores. Tais relações, na maioria das vezes, geram uma disparidade entre demanda, necessidades e oferta de serviços disponibilizadas nas instituições de saúde (PINHEIRO, 2007).

Partindo destes três eixos os autores alertam para a necessidade de conceber o cuidado como um valor cujo significado ultrapassa esse conjunto de sentidos, sendo entendido como uma ação integral que considera a saúde como um direito. Como ação integral, o cuidado engloba vários significados como tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano exposto ao sofrimento, na maioria dos casos, decorrentes de uma extrema fragilidade social. Assis, Simões e Cavalcanti (2012) esclarecem que a integralidade, como parte orientadora do cuidado, tanto das redes de atenção como das políticas em saúde, requer a interação dialógica e democrática dos sujeitos envolvidos nas respostas e as reais demandas de saúde da comunidade. Se manifesta como um dispositivo político, de crítica de saberes e de

poderes instituídos e é revelada através de práticas cotidianas que capacitam os usuários dentro dos espaços públicos a criarem novos arranjos sociais e institucionais que procuram gerar respostas positivas para aqueles que buscam o cuidado (PINHEIRO *et al.*, 2005)

O cuidado surge a partir do desenvolvimento de uma ação proveniente do contato do usuário com o profissional de saúde, envolvendo uma adequada escuta desse usuário, construída pelo respeito ao seu sofrimento e a sua experiência de vida. Quando bem realizado, o cuidado é capaz de minimizar os impactos do adoecimento, gerando um sentimento de conforto. Quando o cuidado não é realizado ou é exercido de forma inadequada, o usuário pode experimentar a sensação de abandono, de descaso e de não acolhimento de suas necessidades e demandas, fato que pode contribuir com seu isolamento social (CASTRO *et al.*, 2009).

O cuidado é a mola mestra das práticas em saúde, devendo ser incorporado por todos os profissionais. Como alertam N. M. A. Figueiredo *et al.* (1998) o cuidado deve ser o principal objetivo de todo trabalho em saúde, considerando que a intervenção para a ação tecnológica envolvida em cada profissão vai além do saber próprio de cada área e, unindo forças de diversas práticas profissionais, adentram por tecnologias do campo relacional, contribuindo para suprir necessidades dos usuários e das famílias.

As práticas apreendidas no processo de produção do cuidado nos serviços de saúde buscam resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que ultrapassam os conhecimentos científicos e técnicos, se apropriando das esferas políticas, organizativas e simbólicas. A necessidade de saúde, neste caso, não assume somente a ótica biomédica, como um único padrão para sua definição; passando também a validar a ótica do usuário (usuário como centro das atenções) e como tal, baseia-se na informação e na educação em saúde, reconhecendo essa demanda como aspiração social inerente ao processo de constituição do direito à saúde. Atuar nesta perspectiva significa, segundo Pinheiro *et al.* (2005), mudar a maneira de pensar e "fazer" o cuidado no cotidiano dos serviços de saúde, compreendendo-o como uma ação integral.

A busca pelo cuidado à saúde vem aumentando, fato que notoriamente reforça sua importância. Esta expansão está associada não apenas a existência de inúmeras doenças, mas à precarização do emprego e das relações trabalhistas, a perda de direitos sociais, com destaque para os direitos previdenciários e ao desgaste

dos valores de solidariedade social (provenientes das relações familiares, da religião, grupos corporativos e de classes), se constituindo em um fenômeno que pode ser considerado como uma crise sanitária atual (LUZ, 2004). Merhy (2013) evidencia a relação entre as condições de existência e o quadro de saúde dos usuários, ponderando que a falta de emprego, de moradia, de recursos financeiros, de bem estar físico e mental estão entre as necessidades de saúde que podem gerar adoecimento ou piorar condições de saúde já previamente comprometidas por doenças crônicas. Salienta, porém, que o enfrentamento destas questões ultrapassa a capacidade resolutiva do setor saúde.

Para Luz (2004) o setor saúde tem se mostrado, muitas vezes, incapaz de lidar com esse complexo fenômeno que exige cada vez maior potencial de resolutividade. A multiplicidade de fatores que interferem no processo de adoecimento, faz com que as intervenções, que atuam sobre as necessidades de saúde da população, demandem a participação de diferentes setores como a educação, a habitação, o judiciário, a segurança pública, entre outros, para a construção de uma resposta resolutiva a sociedade. Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma Ata, Cazaquistão, foi definida pela primeira vez a importância da intersectorialidade. A Declaração resultante dos trabalhos oriundos desta Conferência abordou que cuidados primários de saúde não envolvem somente o setor saúde, mas englobam todos os setores que contribuem para o desenvolvimento comunitário e nacional. Esta Conferência influenciou conceitos discutidos na Primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que aconteceu no dia 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá. A partir desse evento, a promoção à saúde passou assumir um caráter social, político e cultural estimulando o protagonismo de indivíduos e movimentos sociais e o desenvolvimento de diferentes políticas públicas que atuam sobre determinantes da saúde e, cujos objetivos eram direcionados para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população. Essas discussões deram ênfase a temática relacionada a formulação de políticas públicas saudáveis relacionadas a intersectorialidade (BARRA, 2013).

Deste modo, a intersectorialidade passa a vincular-se aos conceitos de promoção da saúde e determinação social da saúde, estando presente, nas políticas públicas de saúde brasileira. Se coloca como uma estratégia de reorganização das intervenções que são articuladas como forma integral de responder as demandas,

problemas e necessidades que se apresentam diariamente ao setor saúde (BARRA, 2013).

A intersetorialidade é considerada uma estratégia para a garantia do direito à saúde. Ainda que na prática diária esbarre em algumas limitações, pois muitas vezes, surge apenas como uma forma de dividir responsabilidades, com cada setor desenvolvendo ações sem um mecanismo governamental que de fato a assegure, sua presença é fundamental para confirmar direitos, pois se refere a um sistema de proteção social integral e eficaz desenvolvido por parte do Estado, voltado para suprir as necessidades sociais em sua totalidade (BARRA, 2013).

Como mencionado, a resolutividade das demandas em saúde muitas vezes ultrapassa a capacidade de resposta convencional do setor saúde. A dificuldade do setor em responder essas demandas tem ampliado a procura por práticas alternativas. Tais práticas são agrupadas sob o termo Medicina Complementar e Alternativa (MCA)⁶ e compõem um conjunto de vários sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não se consideram atualmente como integrantes da medicina dita convencional. Em países como a China, Coréia do Sul e do Norte, Vietnã, as medicinas complementar e alternativa coexistem com a medicina convencional e fazem parte de seus Sistemas de Saúde Pública. No Brasil, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a MCA passou a receber uma normatização por parte do poder público (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009).

O aumento da procura e a popularidade da MCA refletem mudanças gerais nas necessidades e nos valores da sociedade moderna, isto se relaciona com o aumento da prevalência das doenças crônicas, com o aumento do acesso e as facilidades de se obter informações diversas em saúde e o incremento da consciência da população em relação aos direitos à qualidade de vida (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009). Entretanto, alguns autores como Pinheiro e Mattos

⁶ São compreendidas como intervenções que não são amplamente discutidas em escolas médicas e que geralmente não encontram-se disponibilizadas em meios hospitalares ou que não estão em conformidade com padrões definidos pela comunidade médica. Os tipos de terapias alternativas variam de acordo com a cultura e costume de cada país. As formas mais comuns incluem a fitoterapia, massagens, homeopatia, grupos de orações à Deus, grupos de autoajuda, uso de remédios populares, programas de dieta, acupuntura, quiropraxia, exercícios físicos entre outros. Aquilo que se considera convencional em um determinado lugar, não necessariamente é considerado em outro. No Sul da África existem cerca de 20.000 médicos alopatas e cerca de 200.000 curandeiros, de modo que em número e facilidade de acesso, a medicina não convencional neste local tem maior oferta que a medicina alopata.

(2005) entendem que o aumento da procura da medicina dita não convencional (acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica etc.) em resposta às necessidades em saúde da população pode estar relacionado à vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população.

Compreender o cuidado em saúde requer decifrar o processo de trabalho envolvido na sua produção. O trabalho em saúde traz consigo algumas particularidades. Trata-se de um universo complexo, criativo e dinâmico no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam diariamente. O trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está sendo posto de antemão, ou seja, envolve normas, tempo destinado para sua realização e o modo de se utilizar ferramentas de trabalho, enquanto o trabalho real é aquele que ocorre efetivamente no dia-a-dia, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores. O trabalho real pode envolver uma série de manobras, desvios de regras, flexibilização de normas, acertos e jeitos particulares que cada trabalhador apresenta em suas ações, por meio da comunicação e de acordos entre pares ou através de sua astúcia para que a tarefa possa acontecer e o trabalho se realizar de modo satisfatório (FARIA, H. X.; ARAÚJO, 2010).

O trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve graus variados de imprevisibilidade e a possibilidade de uso de inúmeras formas de intervenção, retratando um lado dinâmico no qual raramente as situações tornam-se repetitivas. A imprevisibilidade, fato que caracteriza este tipo de trabalho, faz com que este se torne refratário a realização de tarefas padrão, fazendo com que nesta área a produção se transforme numa relação de encontro entre pessoas. Deste modo, um trabalhador isolado é incapaz de produzir ações em saúde, sendo o processo de trabalho totalmente dependente da relação entre os sujeitos, cuja produção se realiza em um espaço compartilhado com o usuário de saúde. É a partir desse encontro que haverá possibilidade de construções mútuas que possam levar a impactos positivos sobre os problemas de saúde. Nesse processo é importante a criação de vínculos, o envolvimento e a coparticipação entre os sujeitos envolvidos (FARIA, H. X. ; ARAÚJO, 2010).

Entretanto, com a finalidade de elevar o controle sobre o ato do trabalho em saúde, há uma tentativa de se normatizar os elementos que dele participam, seja o profissional, o usuário e a própria relação desenvolvida entre eles. Segundo H. X. Faria, Araújo (2010) em todos os níveis de atenção à saúde percebe-se uma busca

pelo estabelecimento de modelos, fato que denota uma aspiração regulatória imposta verticalmente. Isto se manifesta principalmente na forma de criação de protocolos e procedimentos padronizados.

Tecendo considerações sobre a questão aludida, T. B. Franco e Merhy (2012) explicitam que as organizações da rede básica de saúde no SUS são excessivamente pautadas em normas. O Programa Saúde da Família, desde sua criação, reflete claramente essa diretriz normativa e opera sob a lógica de ações programáticas com horários predefinidos para o atendimento de determinados tipos de clientela, com a instituição de fichas e senhas para se organizar e ter acesso a certos tipos de procedimentos.

Apesar das tentativas de padronização dos serviços de saúde, o plano das subjetividades insiste e irrompe a todo instante, não se pode excluir a alteridade do cuidado (FARIA, H. X.; ARAUJO, 2010). Sob este aspecto T. B. Franco e Merhy (2012) ponderam que, pelas especificidades do seu trabalho, os trabalhadores podem construir meios de operar suas relações estabelecendo outros fluxos de conexão não normatizados com suas equipes, com outras unidades de saúde e até mesmo com os usuários. Neste caso o cuidado se produz nas redes que se formam, não na estrutura que permanece rígida, sob os comandos das normas.

Ao discorrer sobre o trabalho em saúde e suas particularidades Merhy (2013) tece considerações trazendo à tona reflexões sobre o trabalho humano. Segundo o autor, o trabalho humano é dividido em dois tipos: o trabalho morto e o trabalho vivo. O trabalho morto é constituído por ferramentas e matérias primas, resultantes da fabricação de um processo de trabalho humano previamente realizado. O trabalho morto é algo pregresso, já realizado, que incorpora máquinas e ferramentas de trabalho. O trabalho vivo é criativo, fruto do conhecimento humano, do saber fazer, da ação do trabalhador sobre o trabalho morto (FRANCO, T. B. ; MERHY, 2012). Trabalho vivo é o trabalho em ato, durante a ação, aquele que acontece no momento em que o profissional utiliza seus saberes e práticas consagradas, acrescida de sua atividade criadora (FARIA, H. X.; ARAUJO, 2010). Há portanto, um componente material e um componente imaterial que compõe o ato de produção do cuidado. Esta percepção amplia o conceito que associa a tecnologia somente ao uso de maquinário presente no processo de produção. A dimensão relacional, que é a base do trabalho vivo, comporta um tipo de tecnologia, pois, o modo de se estabelecer tal relação sofre orientação tecnológica. Portanto, as tecnologias relacionais que

compõe o processo de trabalho são denominadas de tecnologias leves (FRANCO, T. B. ; MERHY, 2012).

O trabalho em saúde, por sua natureza relacional, é centralizado no trabalho vivo. Seu produto é confeccionado em ato, na relação entre produtor e consumidor (FRANCO, T. B. ; MERHY, 2012). O trabalho criativo, derivado do trabalho vivo, pode ser percebido na dimensão micropolítica do trabalho em saúde, em espaços definidos, em diferentes formas de execução e intensidade. T. B. Franco (2015), relata que a observação de diversos profissionais, pertencentes a equipes de unidade básicas de saúde durante suas atividades, demonstrou que se faz presente atitudes improvisadas sempre que se deparam com obstáculos, como por exemplo na execução de projetos terapêuticos. Tais atitudes inesperadas, fogem de qualquer previsão presentes em protocolos previamente instituídos com finalidade de orientar condutas. Tais caminhos novos constituem formas criativas de resolução de problemas baseadas em uma nova perspectiva, a ressignificação do problema, da necessidade e do cuidado, sendo inserido no contexto da relação que o usuário de saúde e o trabalhador desenvolve.

A relação entre o profissional de saúde e o usuário também pode conter elementos emocionais e psicológicos. De um lado temos a dor do usuário em busca de soluções para seus problemas e, de outro lado, o sofrimento dos profissionais de saúde frente importância e tamanho de sua responsabilidade em ofertar respostas. A demanda e conhecimento andam juntos, desse modo, compreende-se que o cotidiano desse trabalho se torna um encontro subjetivo e de embate de interesses (FARIA, H. X.; ARAUJO, 2010).

O trabalho em saúde tem como importante característica a liberdade pois o profissional pode definir a maneira como vai realizar o cuidado, ou seja, ele possui a capacidade de organizar o seu processo produtivo. Essa liberdade decorre da natureza do trabalho, que possui uma base relacional, fruto da produção decorrente do trabalho vivo. Portanto o trabalhador da saúde tem a possibilidade de optar entre realizar um trabalho baseado em vínculo, em humanização do processo, responsabilização com criatividade e empatia, ou tem a liberdade para escolher realizar suas tarefas de maneira sumária e predominantemente prescritiva. Esse profissional pode também alternar a escolha entre as duas opções, pois as práticas em serviço ocorrem de acordo com o momento e os interesses desse profissional e a forma como ele se relaciona com seu trabalho, sendo esse processo marcado por

uma subjetividade dinâmica (FRANCO, T. B. , 2013). É na realização de suas atividades que se situa a capacidade de autogoverno do profissional de saúde. É neste momento, quando ocorre o processo de interação, que é possível notar a autonomia do trabalhador ao organizar as ferramentas de trabalho com dados obtidos e os saberes próprios de sua profissão (FARIA, H. X. ; ARAUJO, 2010). Em algumas profissões, por exemplo, a união do trabalho morto com o trabalho vivo pode não ser totalmente autônoma e criativa como no setor saúde, em virtude do tipo de atividade desempenhada, dos interesses patronais/institucionais e do tipo de produto final produzido para responder as necessidades do mercado.

Merhy (2013)propõe uma reflexão sobre a particularidade do produto final do trabalho em saúde advertindo que ela expressa uma importante diferenciação quando comparada com outros setores. Segundo o autor, não há um produto final a ser encomendado ou comprado, o consumo desejado é a própria ação desempenhada pelos profissionais da saúde, ou seja o cuidado. Esta ação pode representar tanto o suprimento de uma carência, como no caso do tratamento de uma determinada doença, como o desenvolvimento de potencialidades do usuário através da orientação para a promoção de uma vida mais saudável.

Se o profissional da saúde pode realizar seu trabalho de forma criativa, o usuário também pode surpreender. Em determinado contexto ou situação, em que vive ou manifesta um processo de adoecimento, o usuário pode trazer para o serviço de saúde problemas que contém em si o inusitado, a presença de fatos inesperados associados. Contrariando o pensamento de muitos, o usuário em geral é bastante ativo em relação aos seus problemas e às condutas ou projetos que lhes são indicados. Mesmo quando o usuário não adere a uma determinada terapêutica, isto não pode ser compreendido apenas como uma atitude passiva, mas pode ser uma reação frente a uma prescrição que não lhe convenceu ou a algo que não faz o menor sentido para ele dentro da maneira como percebe e constrói sua própria vida. No trabalho em saúde, tudo é uma construção bilateral, que envolve usuário e profissional. Neste universo, as necessidades surgem a partir da singularidade dos usuários e escapam completamente de qualquer previsão de conhecimento com bases técnicas estruturadas e dos protocolos institucionalmente legitimados (FRANCO, T. B. , 2015).

O trabalho em saúde, devido a sua complexidade, é mais bem desenvolvido mediante a uma atuação de uma equipe multidisciplinar. Historicamente,

a organização do trabalho, na nossa sociedade, caracteriza-se como uma tarefa desenvolvida por muitos, mas não demonstra ser um trabalho compartilhado e corresponsabilizado. O Modelo Taylorista⁷ defende a divisão social do trabalho com a correspondente divisão técnica das atividades. Disto resulta a separação entre trabalho manual e intelectual, entre dirigentes e dirigidos e o surgimento de divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros do grupo, de acordo com a natureza e grau de qualificação de cada profissional. Nas saúde, isto se manifesta com a fragmentação do cuidado e no cumprimento rígido de protocolos, cuja finalidade é alcançar um “modelo assistencial ideal”, o que torna o cuidado algo burocrático. Os trabalhadores da equipe multidisciplinar, ao invés de trabalharem coletivamente, concentram-se na parte do trabalho que lhes é devida, muitas vezes sem perceber que estão contribuindo para a fragmentação do serviço (LOPES, T. C.; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007). Romper com a fragmentação significa compreender o trabalho em saúde sob a ótica da integralidade, um trabalho baseado na troca de experiências e na construção de um saber-fazer comum. Um trabalho em que os protocolos sirvam de apoio e fonte de questionamentos e não de base da intervenção. Isto porque as situações que surgem no cotidiano são singulares, tanto do ponto de vista das condições quanto dos usuários. O saber-fazer comum se constrói embasado em valores éticos, tendo como principal foco da ação o usuário .

Discorrendo sobre a construção do saber-fazer, Lopes, Henriques e Pinheiro (2007) esclarecem que serviços de saúde são espaços ocupados por vários agentes, com diferentes singularidades, constituindo-se em um coletivo de trabalhadores responsáveis por ofertar o cuidado de modo a suprir as necessidades do usuário, ao mesmo tempo em que o reconhece como um sujeito portador de crenças e valores que deve ser responsável em sua alteridade. As ações dos trabalhadores de uma equipe de saúde não são direcionadas apenas pelos diversos e diferentes saberes, técnicas e métodos decorrente das diversas formações profissionais, mas também sofrem influência de valores que vão sendo produzidos externamente ou dentro do ambiente de trabalho e que, podem ser compartilhados entre os trabalhadores. A responsabilidade neste caso deve passar para a coletividade. Esta responsabilidade coletiva, sempre com um caráter político, não se

⁷ Taylorismo ou Administração Científica é o modelo de administração que se caracteriza pela ênfase nas tarefas através da organização racional do trabalho por meio da análise, estudo do tempo, movimento, fadiga, divisão das atividades e especialização do operário.

baseia na responsabilização de um indivíduo por algo que ele não tenha feito ou feito incorretamente, ou seja, não se baseia na noção de culpa, que é individual, mas na noção do pertencimento desse indivíduo a um grupo, que representa o coletivo. O coletivo passa também a assumir responsabilidade por qualquer ato desempenhado por algum de seus membros. A gestão de um saber-fazer comum, baseada continuamente em tomadas de decisões individuais e coletivas, envolvendo uma responsabilização coletiva de todos os atores envolvidos na prática da saúde contribui para o cuidado em saúde agregado a valor político e ético a ser defendido, exercido e ensinado.

Sob este ponto de vista, o trabalho em saúde pode ser considerado como uma coprodução realizada por um coletivo (equipe) cuja finalidade principal é responder a demanda do usuário e não somente a doença. Definir como objeto de trabalho em saúde o usuário significa analisar todos os aspectos envolvidos, subjetivos e objetivos, que fazem parte da caracterização do sujeito como um ser social, portador de aspirações, desejos e experiências de vida (PINHEIRO *et al.*, 2005)

O trabalho em saúde e o cuidado devem ser pautados na ética do compromisso com a vida, numa relação de acolhimento, de criação de vínculos permanentes com o usuário e a comunidade, com a produção de ações resolutivas e a criação de maior oportunidade de autonomia na vida dos usuários (MERHY, 2013).

O acolhimento tem um potencial de mudar toda a lógica de atenção à saúde. Não é um espaço ou local, mas uma postura ética que não determina horário nem profissional específico para que possa ser realizado, envolve um compartilhamento de saberes, tomando para si a responsabilidade de acolher as demandas de forma humanizada, com a resolutividade disponível para cada caso em questão (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005). O acolhimento difere de triagem, compreendida como uma etapa do processo de atendimento, enquanto o ato de acolher é uma ação, uma atitude que pode ocorrer em qualquer local e momentos de realização do serviço de saúde (BRASIL, 2010). Como uma técnica, é capaz de contribuir para a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações atuam como facilitadoras da escuta, da verificação de risco e da oferta acordada ou do encontro de alternativas aos problemas que surgem na demanda dos usuários (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

O acolhimento promove a escuta qualificada entre os profissionais da saúde e os usuários, sendo capaz de fortalecer o vínculo dos usuários com estes

profissionais. O vínculo ajuda na compreensão do sofrimento que são decorrentes da experiência de vida desses usuários, suas expectativas e valores, ao mesmo tempo em que gera a responsabilidade do profissional de saúde pela vida e morte deles, dentro de uma determinada possibilidade de intervenção, sem excesso de burocracia e nem de impessoalidade. A atitude do acolhimento e da escuta também deve estar inserida nas relações dos profissionais da equipe de saúde entre si e entre a equipe e os gestores do serviço. Relações favoráveis, que trazem consigo aspectos democráticos, participativos e que incentivam a autonomia e as decisões coletivas são capazes de produzir sujeitos com novas práticas sanitárias (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

No acolhimento a comunicação é fundamental, devendo ser clara e compreensível. A comunicação interpessoal compreende um processo de interação face a face, que engloba tentativas de entender o outro e ser entendido. Nesse processo é necessário compreender que cada pessoa apresenta sua subjetividade, seus valores, cultura, experiências, expectativas e interesses, que se expressam de forma verbal ou não verbal. Os profissionais de saúde podem utilizar algumas técnicas para melhorar esta comunicação. Uma delas é a chamada expressão, que consiste em escutar de maneira reflexiva o outro, fazer uso terapêutico do silêncio, verbalizar aceitação, demonstrar valorização e interesse na mensagem compartilhada, repetir comentários, usar frases incompletas, permitir a escolha do assunto pelo usuário, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular a expressão do sentimento e utilizar o humor como forma de terapia. A clarificação, outra técnica de comunicação, parte da estimulação de comparações que ajudem o usuário a se expressar para compreender o real significado de sua fala, permite a devolução de perguntas feitas, auxiliando o outro no desenvolvimento do raciocínio e na compreensão do assunto abordado, possibilitando esclarecimento de termos incomuns ou diversas dúvidas a respeito do que foi discutido. E por fim, a validação, que envolve a repetição da mensagem do outro, validando a mensagem recebida, solicitando ao usuário que repita o que foi dito e resumindo o conteúdo dessa interação (OTANI, 2013).

Toda comunicação envolve o conteúdo, ou seja, a informação a ser transmitida e o sentimento de quem transmite a mensagem. A comunicação é efetiva quando desenvolve coerência entre palavras e a comunicação não verbal. No relacionamento interpessoal é necessário controlar de maneira voluntária a comunicação não verbal pois esta pode reforçar, negar ou até mesmo substituir a

comunicação verbal, revelando sentimentos não adequados ao contexto (OTANI, 2013). A mensagem e a forma como é transmitida possui forte influência no comportamento das pessoas, exercendo na área da saúde um papel terapêutico. A comunicação efetiva, neste caso dita terapêutica, é referida como a habilidade do profissional de saúde em utilizar seus conhecimentos para ajudar os usuários a enfrentar seus problemas, conviver com os outros, ajustar as modificações que podem e precisam ser realizadas e aceitar aquilo que é definitivo, incentivando o papel ativo do usuário no processo do cuidado. Segundo Barros *et al.* (2014) a comunicação efetiva é a base do acolhimento em saúde, sendo uma importante ferramenta capaz de definir os reais motivos da busca do usuário pelo cuidado em saúde.

A comunicação estabelecida entre usuários e profissionais da saúde possibilita conhecer este usuário, sua visão, expectativas e os motivos pelos quais buscam os serviços de saúde. Esta "proximidade", "intimidade" na relação profissional muitas vezes é mais importante que a simples definição de um diagnóstico. É comum, sobretudo em relação às doenças crônicas e/ou graves, o usuário já suspeitar do diagnóstico, tendo em vista que cada vez mais tem acesso a informações em revistas, jornais, internet etc. O adoecer, entretanto, não é um processo idêntico para todos. Enquanto uma crise álgica vai interferir negativamente na maneira de alguns usuários em lidar com seu problema, em outros pode ser um desafio à superação e ao crescimento pessoal (STEWART *et al.*, 2010).

Quando a doença se manifesta fazendo-se perceber através de sinais e sintomas, o usuário passa por uma difícil vivência. O surgimento de uma doença inicia uma série de eventos físicos, psíquicos, emocionais e sociais que são únicos para cada usuário, mesmo que vários desses usuários compartilhem situações clínicas semelhantes. A percepção da doença é compreendida considerando diversos aspectos relacionados à saúde e à doença baseados em experiências individuais e coletivas. Esse processo inclui informações adquiridas previamente pelo usuário sobre a sua doença, seus sintomas, prováveis causas e duração da mesma, evolução no tempo e potenciais consequências de seu quadro. Inicia-se deste modo um processo cognitivo no qual a pessoa compara seus sintomas com o modelo ou a ideia que possui sobre a doença que o acomete (GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ; MOREIRA, 2011).

Em relação a percepção da doença, pode-se distinguir dois termos que significam dois polos sobre o mesmo assunto e que não necessariamente devem se

anular: *disease* e *illness*. *Disease* se refere usualmente a doença como um processo físico, patológico, determinado por um modelo institucionalizado ou profissional da medicina, que descreve a doença o mais objetivamente possível, através de seus sinais e sintomas. O termo *Illness* refere-se à percepção subjetiva dos usuários, seus sentimentos em relação a sua doença, podendo lhes atribuir igual, menor ou maior gravidade do que realmente apresentam, neste caso encontram-se envolvidas questões de cunho moral, sociais, psicológicas e físicas (SANTOS, 2012).

Uma doença pode ter vários sentidos e explicações. O sujeito que passa pelo sofrimento pode interpretar a doença de uma forma, as pessoas que convivem com ele de outra e o saber biomédico pode enxergar essa mesma doença de uma terceira maneira (SANTOS, 2012). Uma dor de cabeça pode ser interpretada como sinal de um câncer acometendo o sistema nervoso central para um usuário cujo pai faleceu dessa forma e lhe trazer enorme sofrimento psíquico; enquanto essa mesma dor pode significar que o usuário não apresenta disposição para o trabalho na percepção de seu patrão ou ainda, sinalizar quadro depressivo para seus familiares. Sob o ponto de vista médico, esta dor pode ser apenas uma das manifestações de um quadro hipertensivo.

A experiência do adoecer envolve três estágios: a conscientização, a desorganização e a reorganização. O primeiro estágio, denominado de conscientização, é marcado pela dualidade saber ou não da doença. Se por um lado o usuário deseja saber a verdade e compreender sua doença, por outro lado ele reluta em admitir que algo possa estar errado. Existe um forte desejo conflitante em querer se manter independente e querer que alguém cuide dele. Ao final desse período, se os sintomas não desaparecem, o usuário admite a existência da doença e o controle de toda sua vida é abalado. A destruição da defesa universal, da crença mágica da imortalidade é superada, dando início a compreensão da vulnerabilidade humana, o que caracteriza o segundo estágio conhecido como desorganização. Esta fase é marcada pelo medo e a depressão. O último e terceiro estágio é o da reorganização. Nesta fase, as pessoas se fortalecem interiormente para descobrir um novo significado em face da experiência da doença e, se possível, tentam superar seu sofrimento. Isto depende da natureza e gravidade da doença. A reorganização é mais bem elaborada em virtude dos apoios sociais, em especial o apoio afetivo familiar e do vínculo com o médico ou com outros profissionais da saúde, que se dispõem a para atender esse usuário (STEWART *et al.*, 2010).

A procura do serviço de saúde, em particular a atenção básica e os serviços de pronto atendimento, frequentemente é realizada por usuários portadores de queixas do tipo somáticas. O transtorno de somatização é um distúrbio que acomete determinados usuários, nos quais a presença de forte sofrimento emocional ou a vivência de situações difíceis da vida são capazes de gerar intenso estresse. Esse desgaste, assume sua manifestação através de sintomas físicos que podem não estar relacionados à presença de nenhuma doença ou achado patológico. Várias são as condições impostas pela vida capazes de dar origem ao estresse, entre elas, o medo de não corresponder às expectativas de vida impostas pela sociedade, as dificuldades de desempenho no trabalho diário ou no relacionamento com chefes e colegas de trabalho, as dificuldades econômicas, perdas, desavenças, doenças ou morte na família etc. Todos os fatores vivenciados que possam alterar o equilíbrio emocional ou psicológico desses usuários podem ser responsáveis pelo surgimento dos quadros psicossomáticos. No cotidiano dos serviços é possível observar relatos de dor no peito, tonteados, fraquezas, dores de cabeça, sensação de desmaio em usuários hipertensos cujo níveis pressóricos encontram-se bem controlados e sem nenhum outro sinal de gravidade ou de outras doenças associadas ao exame físico. Estes quadros podem ser frequentemente atribuídos a queixas psicossomáticas (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

Em alguns casos, o usuário, mesmo procurando o cuidado nos serviços de saúde, inconscientemente pode ter a necessidade psicológica de se manter doente, tornando crônico o fenômeno da somatização. O cuidado adequado pode ser intensamente prejudicado pela somatização crônica, já que em alguns casos os usuários não se beneficiariam com a cura ou, no caso da hipertensão arterial, com a utilização de uma terapêutica apropriada, tendo em vistas os ganhos decorrentes da manutenção da doença. O papel de doente pode interferir no modo de vida do próprio usuário, conferindo a este um conforto, uma sensação de alívio das pressões exercidas através de expectativas interpessoais estressantes, impostas a ele pela sociedade. O ganho obtido com a manutenção da sua situação de doente, denominado de ganho primário, o liberta do peso de suas obrigações e responsabilidades, afinal não se pode exigir muito de uma pessoa enferma. Além disso, a doença pode originar atitudes de atenção, de cuidado e, até mesmo, pode gerar o sentimento de punição, manifestado como o desencadeamento sensação de culpa de sua doença nas outras pessoas ou membros da família. A doença pode

inclusive gerar compensações financeiras, como a doação em dinheiro realizada por pessoas sensibilizadas com o quadro do doente. Todos esses efeitos, de ação sobre as outras pessoas próximas ao usuário enfermo, configuram o chamado ganho secundário da doença. As queixas persistentes podem ser compreendidas também como forma de expressão de raiva e desejo dos usuários de castigarem aqueles que são incapazes de satisfazer suas necessidades e desejos emocionais. Entretanto, os profissionais de saúde devem ter em mente que todo esse processo ocorre em nível inconsciente nos usuários portadores de transtorno de somatização, e que estes não estão simplesmente simulando seus sintomas. Esses usuários não possuem a capacidade de controlar todo esse processo e este fato, pode gerar enorme sofrimento a eles (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

A busca pela recuperação da saúde através do cuidado pode percorrer caminhos diversos, diferente daqueles propostos pelos profissionais de saúde. Entender o usuário e suas necessidades perpassa pela compreensão do senso comum. Senso comum é uma forma de conhecimento popular, que não é considerado científico, mas que está presente na vida das pessoas. Em relação ao cuidado, sua presença se manifesta nas formas alternativas de tratamento utilizadas pelos usuários através de receitas de medicamentos e chás curativos caseiros, feitos à base de ervas, transmitidas de geração para geração através do convívio familiar.

O senso comum propõe curas e soluções mágicas como solução para doenças e problemas, em ensinamentos não convencionais. Já o senso científico, procura pelo palpável, o racional, por aquilo que pode ser comprovado pelas descobertas da ciência. O senso comum, manifestação da cultura e da sabedoria popular, deve ser conhecido e respeitado principalmente pelos trabalhadores da saúde. Tanto o senso comum como a ciência são manifestações da mesma necessidade fundamental do ser humano, a capacidade de procurar compreender o mundo, a fim de melhorar sua qualidade de vida, saúde e garantir a sobrevivência das pessoas. A ciência apenas se constitui em uma forma mais especializada e disciplinada de estudar os fenômenos da natureza e cotidianos, que muitas vezes surgem a partir da observação do senso comum. O senso comum e o científico devem caminhar juntos. Isto pode ser verificado quando, muitas vezes, a erva caseira utilizada pelo usuário como remédio popular, passa a ser estudada pela ciência e, tendo confirmada suas propriedades terapêuticas, esta erva se torna o princípio ativo

de um medicamento alopático. Portanto, senso comum e científico são igualmente importantes, devendo um complementar e auxiliar o outro (ALVES, 2013).

Na produção do cuidado é possível, em determinados momentos, o senso comum se sobrepor ao científico. A opção do usuário por um tratamento popular, com ervas e chás caseiros, pode indicar, em alguns casos, uma resistência cultural a terapias e medicamentos propostos pelo profissional, mas também pode significar um enorme apreço e valorização da forma de cuidado mais próxima da realidade deste usuário, devido ao reconhecimento sociocultural dessas práticas e a sua proximidade com suas vivências. O uso de chás e remédios caseiros são amplamente difundidos através da cultura popular, através do aconselhamento de pessoas próximas ao convívio dos usuários como amigos e familiares, e por curandeiros, benzedeadas e religiosos, pessoas de grande reconhecimento e respeito da comunidade da qual o usuário faz parte (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Na relação profissional / usuário, em particular envolvendo a figura do médico, ocorrem fenômenos que devem ser interpretados e compreendidos com muita sutileza, para que se possa construir um relacionamento saudável e conseqüentemente um cuidado adequado. O comportamento dos usuários frente a presença de um trabalhador da saúde pode ser afetado pelo fenômeno da transferência. A transferência é um processo relacional no qual uma pessoa, através de um mecanismo inconsciente, projeta no outro, pensamentos, comportamentos e reações emocionais diversas, originados de relacionamentos prévios significativos. Esse conjunto de emoções e pensamentos nada tem a ver com o relacionamento atual, podendo inclusive ter suas raízes em fatos ocorridos na infância desta pessoa. Quanto maior o vínculo entre profissional e usuário, maior a chance de acontecer a transferência. Por isto é comum, por exemplo, o usuário tratar uma médica como se esta fosse sua mãe, inclusive destinando a ela os mesmos tipos de sentimento que dedicava a sua própria progenitora. Esse fenômeno pode trazer consigo sentimentos variados como o amor, a ambivalência, o ódio e a dependência, podendo assumir tanto aspectos positivos quanto negativos. O conhecimento da reação de transferência é útil na medida em que contribui para que o médico ou profissional da saúde possa entender como o usuário vivencia seu mundo e como os relacionamentos do passado ainda influenciam seus pensamentos e comportamentos atuais. Esse entendimento também melhora a capacidade do médico ou de outros profissionais da saúde em relação ao próprio ato de prestar o atendimento e pode

fornecer uma oportunidade de ajuste emocional ao usuário que esteja realizando o processo de transferência (STEWART *et al.*, 2010).

Outro fator que interfere nas relações produtoras do cuidado e que pode atingir os profissionais de saúde, em particular o médico, raramente é discutido nas escolas de medicina, nos treinamentos de residência ou na educação continuada. Trata-se do fenômeno da contratransferência, processo elaborado de forma inconsciente que ocorre quando o médico ou outro profissional da saúde, responde ao usuário de forma semelhante às vivenciadas por este trabalhador da saúde em relacionamentos significativos presentes em seu passado. A contratransferência pode ser notada quando desencadeia certas reações, como questões pessoais não resolvidas, estresse ou conflitos de valores. A contratransferência se manifesta através de sinais como incapacidade de escutar com atenção o usuário, interpretar precocemente os fatos, julgar inadequadamente os sentimentos dos outros oferecendo conselhos de maneira excessiva e ativa demais, identificar-se de maneira exagerada e de forma visível com o problema do outro, ficar além do tempo ou discutir sobre a mesma questão repetidas vezes (STEWART *et al.*, 2010).

Para que o profissional reconheça a presença dos dois fenômenos (transferência e contratransferência) é importante desenvolver a autoconsciência. A autoavaliação e o trabalho em equipe podem ajudar os profissionais a obter entendimentos importantes que serão capazes de reforçar o relacionamento com os usuários, aumentando o conforto e a satisfação com seu trabalho (STEWART *et al.*, 2010).

Em se tratando do cuidado médico integral, esta ação envolve total presença e envolvimento com o usuário atendido. A noção do profissional afastado que mantém uma distância emocional dita segura aos poucos vem sendo substituída pela noção de que o médico e o usuário devem ser interligados de uma forma tão intensa que ele pode imergir nas preocupações do outro. Esses momentos são carregados de aprendizagem recíproca que envolve os dois indivíduos. Mas nem sempre isto foi assim. No método clínico convencional, o médico comporta-se como um observador distante, cuja finalidade é prescrever medicamentos. Permanecer afastado de seus usuários o protege de algumas perturbações, principalmente frente à profundidade de sofrimento de alguém. Para evitar o envolvimento, os profissionais se isolam, suprimindo seus sentimentos. Esse comportamento contudo, cria dificuldades de relacionamento com os usuários e demais membros da equipe. O

método clínico convencional é analítico e impessoal. Sentimentos e experiências de vida dos usuários não são inclusos no processo. Apenas o lado físico da doença dita o significado dela. O foco é o diagnóstico e, desta forma, pouca atenção é destinada ao detalhamento do atendimento à pessoa. Em suas origens cartesianas esse método separa as doenças mentais das físicas, unindo ambos em uma definição dúbia como doenças funcionais (STEWART *et al.*, 2010).

Ainda que lentamente, o cuidado derivado do método clínico convencional vem sendo substituído pelo desenvolvimento do método centrado na pessoa, criado para lidar com toda a complexidade que envolve o cuidado. Este método usa as bases clínicas, físicas e patológicas quando necessário, mas sua essência é a visão do usuário como um todo, fato que envolve sua vivência e a experiência com sua doença em uma tentativa de estabelecer um plano de manejo comum, chave do sucesso terapêutico. O método testa a habilidade do médico de motivar os usuários por meio da resolução de objeções, resolvendo dúvidas, reduzindo medos e esclarecendo conceitos equivocados. O médico interpreta a doença em termos de alterações físicas que envolve a identificação da doença, inferências de causas e terapêutica. O usuário interpreta a doença através de seus sentimentos de como é estar doente, suas crenças sobre a natureza da doença e suas expectativas em relação a terapêutica. São perspectivas diferentes, concretas ou abstratas de uma mesma realidade, que são percebidas através do método clínico centrado na pessoa e analisadas com a finalidade de construção de um atendimento integral (STEWART *et al.*, 2010).

Este processo que envolve conhecer e acolher a história de vida do usuário que pode dar origem a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁸. O PTS é uma forma de organização da gestão do cuidado instituída através do processo de trabalho em saúde entre as equipes de atenção básica. Constitui-se em uma ferramenta que facilita o diálogo interativo entre os profissionais envolvidos nesse nível de atenção, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal, além de promover a responsabilização dos profissionais envolvidos. A construção do PTS implica necessariamente na revisão de posicionamentos tanto profissionais quanto pessoais, tanto no trabalho desenvolvido em equipe quanto no

⁸ PTS é definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas que podem ser propostas para um indivíduo ou para a coletividade, sendo o resultado de uma discussão e do planejamento de uma equipe multidisciplinar com a finalidade de fornecer a melhor resposta possível a demanda de saúde de um usuário, familiar ou população determinada.

relacionamento com o usuário e exige uma nova visão para identificar e conceber os recursos existente na comunidade. Este projeto é indicado para a resolução de casos clínicos complicados, que necessitam de várias intervenções, e é uma maneira de organizar o processo de trabalho com vistas a integralidade. O desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular pode criar um espaço para a efetivação da clínica ampliada e de uma prática de cuidado não fragmentada ou realizada isoladamente por um profissional, evitando assim a referência a outros níveis de atenção sem que antes se esgote todas as possibilidades terapêuticas disponíveis capazes de responder às necessidades de saúde, identificadas pelas equipes, na atenção primária (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012). A elaboração do PTS, devido a sua complexidade, pode necessitar do apoio matricial especializado⁹ (MS Clínica Ampliada, 2004).

A confecção do PTS acontece após criteriosa avaliação de risco do caso em estudo, de seus aspectos clínicos, econômicos, ambientais e sociais. O usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde e o trabalho passa a ser integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva um saber-fazer proveniente de múltiplas de fontes (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Especificando a hipertensão arterial, o PTS pode conter, por exemplo, tanto a avaliação médica (necessidade de cuidado não medicamentoso ou com fármacos) quanto a necessidade de fisioterapia (para sequelas decorrentes de quadro de acidente vascular encefálico devido a hipertensão) e a necessidade de apoio psicológico ou psiquiátrico (devido ao quadro depressivo desenvolvido pelo usuário hipertenso com perda da motricidade em membro inferior ou superior devido ao AVE) além de englobar necessidade de apoio familiar ou de cuidadores para um usuário com perda da autonomia e a busca de direito a benefícios sociais dentre outros. De acordo com cada PTS desenvolvido, o profissional da saúde pode orientar o usuário a buscar na rede de atenção os recursos necessários ao atendimento de suas necessidades.

Outra ferramenta relacionada ao cuidado que merece destaque é a denominada *Linha do Cuidado Integral* (LCI). O projeto terapêutico pode ser considerado o fio condutor para a organização do fluxo presente na linha de cuidado.

⁹ O apoio matricial é uma metodologia de gestão do cuidado que consiste em um especialista com determinado núcleo apoiar especialista com outro núcleo de formação, prestando assistência tecnopedagógica com objetivo de ampliar eficácia de sua atuação.

A LCI é a imagem elaborada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário com a finalidade de atender as suas necessidades de saúde. Compõe um itinerário que o usuário percorre dentro de uma rede de saúde, incluindo caminhos não necessariamente contemplados no sistema de saúde mas que, de alguma forma, fazem parte da rede, como as entidades comunitárias. A LCI incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde pois engloba ações preventivas, curativas e de reabilitação necessária a cada usuário (FRANCO, C. M. ; FRANCO, 2010).

Os usuários significam muito mais do que suas doenças. São pessoas dignas de respeito, dotadas de esperanças e projetos de vida diferenciados e que apresentam visões, percepções a respeito de suas necessidades de saúde que, muitas vezes, não se equivalem àquelas dos serviços de saúde, privados ou públicos e dos profissionais que realizam seus atendimentos. Pensar no usuário como o centro do cuidado significa compreendê-lo como o foco principal do atendimento, ofertando serviços e, ao mesmo tempo, respeitando sua autonomia, incentivando o autocuidado, valorizando suas necessidades e vontades.

Os agravos à saúde levam os usuários a conviverem com dificuldades e limitações físicas e sociais impostas pelo quadro clínico e, muitas vezes, associam as orientações profissionais à tratamentos baseados na sabedoria popular ofertados por amigos e parentes. Neste processo cada um constrói sua própria impressão e reescreve sua história a partir da doença. Compreender esse universo é fundamental para os profissionais de saúde porque permite fortalecer a empatia, contribuindo para o sucesso da relação entre profissional e usuário, impactando de forma positiva no processo de adesão ao cuidado, medicamentoso ou não.

Cada pessoa acometida por uma doença é única e adota uma forma de vida, realiza seu cuidado conforme suas crenças, percepções, interações com sua família e comunidade e de acordo com seus conhecimentos e sabedoria adquiridos (BARROS *et al.*, 2014). Segundo os autores a maneira como percebe, sente e compreende o mundo é extremamente importante pois determina a reação do usuário frente ao seu estado de saúde, define o seu grau de comprometimento no processo de autocuidado e a adesão ou não às possibilidades de cuidado medicamentoso e/ou não medicamentoso.

Dada a complexidade de todos os processos envolvidos no enfrentamento de agravos à saúde, como é o caso da HAS, não basta apenas prescrever um

tratamento. Mais do que tratar, há que se atuar na perspectiva do cuidado que envolve respeitar e compreender a experiência de vida do usuário, acolher e responder da melhor forma possível as suas necessidades de saúde, contribuir para o desenvolvimento de sua autonomia e autocuidado e para a melhoria da qualidade de vida em todos os seus aspectos, incentivando sua liberdade de escolha e ampliando sua cidadania. Assim, o uso do termo cuidado medicamentoso, apesar de incomum no meio médico, parece ser mais apropriado para designar a atividade do médico que cuida integralmente e não apenas trata a doença.

3.1.1 Cuidado não medicamentoso

O cuidado não medicamentoso é uma forma de terapêutica disponível que pode ser recomendada a qualquer estágio da hipertensão, já que se constitui de medidas gerais, cuja finalidade é promover uma melhor qualidade de vida, principalmente através do incentivo a hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada, combate ao sedentarismo etc. (GUYTON; HALL, 2011).

Lopes e Moraes (2011) referem às seguintes vantagens em se seguir o cuidado não medicamentoso: é um a intervenção de baixo custo financeiro e praticamente isenta de riscos, auxilia na redução da pressão arterial e favorece o controle de diversos fatores de risco, aumenta a eficácia do cuidado medicamentoso e contribui na redução dos riscos cardiovasculares.

Como mencionado, o cuidado não farmacológico da hipertensão envolve várias estratégias. Uma delas é incentivar o usuário hipertenso a manter seu peso ideal ou emagrecer. Nos usuários portadores de sobrepeso ou obesidade a redução do peso inicial deve ser em torno de 3 a 5 kg. Os usuários hipertensos podem atingir estes objetivos através de práticas como a reeducação alimentar, a realização regular de atividades físicas e em alguns casos particulares, com um auxílio de um suporte psicológico (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Todo usuário hipertenso deve manter uma atividade física regular como parte do cuidado. A manutenção de uma atividade física de, pelo menos, 35 minutos diários, proporcionando um leve cansaço, deve ser realizada durante quatro dias por semana. A atividade escolhida deve considerar as preferências, habilidades,

disponibilidades, tolerância e até mesmo os recursos disponíveis para cada usuário, obedecendo também a um plano adequado de condicionamento físico. A atividade física de natureza regular tem a capacidade de reduzir os níveis pressóricos sistólicos de 4 a 9 mmHg (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Uma dieta apropriada ao hipertenso deve ter reduzido consumo de sal. A dieta hipossódica possui um efeito profilático e terapêutico em relação ao controle da PA. O uso do sal de cozinha recomendado é o mínimo durante o preparo dos alimentos e seu acréscimo à mesa deve ser evitado. O máximo de consumo de sal preconizado por dia é de 6 gramas e os alimentos in natura já contêm essa quantidade de sal. Deve-se evitar a ingesta excessiva de sal presente em salgadinhos industrializados, pipocas salgadas, temperos prontos e aqueles do tipo *caldo de carnes*, molho de soja (molho tipo *shoyo*), queijos, sopas etc. (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

O sal, infelizmente, possui destaque em nossa culinária, melhorando a aceitação e o consumo dos alimentos e atuando como conservante para produtos industrializados. O usuário hipertenso deve ser estimulado a mudar hábitos e a aprimorar suas atividades culinárias, substituindo o sal por alho, cebola, ervas finas, cheiro verde, gengibre, um pouco de vinho, raiz forte, azeite e outras especiarias disponíveis. É possível também fazer uso do sal modificado, contendo 66% de cloreto de potássio e 33% de cloreto de sódio (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Em idosos é comum a perda do paladar no decorrer dos anos como consequência do próprio envelhecimento. Esse fato leva a percepção gustativa errônea de que a comida está com pouco sal, levando esses usuários a salgar excessivamente a comida (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

A redução do consumo de sal é uma das medidas com melhor custo benefício para a saúde pública, sendo seu custo estimado de US\$ 0. 04 a US\$ 0. 32 por pessoa por ano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Outra medida muito importante no cuidado não farmacológico é incentivar o usuário a cessar o tabagismo e a esquivar-se de permanecer na presença de fumantes em ambientes fechados por longo período, na tentativa de evitar que se torne um fumante passivo (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). O tabagismo promove a elevação do risco em mais de 25 doenças, incluindo as doenças cardiovasculares. O hábito de fumar é apontado como um dos fatores de influência negativa no controle da hipertensão e um fator favorecedor à interrupção do uso de medicamentos anti-

hipertensivos. Entretanto, ainda não há evidências de que a cessação do tabagismo possa contribuir claramente para redução dos níveis pressóricos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O uso de medicamentos que elevam a pressão arterial deve ser evitado sempre que possível. O médico deve conversar com o usuário hipertenso e procurar propor alternativas terapêuticas de modo a evitar o uso prolongado de drogas que causam esse efeito, como por exemplo, anti-inflamatórios não hormonais, anticoncepcionais orais, descongestionantes, corticosteroides, anorexígenos. O consumo de drogas ilícitas, principalmente aquelas com efeitos hipertensivos, deve ser desaconselhado (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Interromper ou restringir o consumo de bebidas alcoólicas é uma medida relevante para o usuário hipertenso. O consumo de bebidas desse tipo deve ser evitado ou restrito a uma dose de destilado (60 ml) ou uma taça de vinho (200 ml) ou a duas latas de cerveja (600 ml) diariamente. Esta restrição proporciona uma redução na pressão sistólica em mais de 2 a 4 mmHg. Alguns usuários já apresentam quadros de hipertensão arterial do tipo refratária ou resistente a terapêutica simplesmente por consumirem duas doses de bebida destilada por dia (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Uma medida difícil de ser cumprida na prática pelos usuários é o controle do estresse. Estudos sobre as práticas isoladas ou conjuntas de psicoterapias comportamentais e das técnicas de meditação, *biofeedback* e relaxamento apontam fortes tendências de contribuição na redução dos níveis pressóricos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A adoção de uma dieta mais saudável é o ideal como prática rotineira na vida do hipertenso. O usuário deve ser orientado a dar preferência ao consumo de frutas, verduras, legumes e a introduzir saladas antes das principais refeições. O consumo de gorduras deve ser reduzido, dando preferência ao consumo daquelas do tipo poli-insaturadas ou monoinsaturadas (peixes, aves sem pele, azeite, óleos vegetais) e evitando as gorduras de origem animal (carnes gordurosas, embutidos, bacon, pele de aves, creme de leite e grãos gordos etc.) e produtos contendo gorduras do tipo *trans* (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Merecem destaque duas dietas voltadas para a redução dos níveis pressóricos: a Dieta do Mediterrâneo e a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). A dieta mediterrânea tem como base a alimentação rica em frutas, hortaliças, cereais integrais, peixes e oleaginosos. Preconiza ainda doses generosas

de azeite de oliva (gordura monoinsaturada) e o consumo moderado de vinho (MALACHIAS *et al.*, 2016). Segundo Graça (2014) seguir este padrão alimentar pode, a longo prazo, representar uma maior longevidade, menores taxas de morbimortalidade cardiovasculares e menor incidência de doença hipertensiva, diabetes e obesidade. A dieta DASH enfatiza o consumo de hortaliças, frutas, oleaginosas e de produtos laticínios com baixo teor de gordura, associado ao consumo de carne de frango e peixe. Trata-se de dieta rica em cálcio, magnésio, potássio e fibras, aliadas a quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada.

Infelizmente, apesar dos enormes benefícios das várias formas de cuidado não medicamentoso, os usuários hipertensos apresentam grandes dificuldades em sua realização, seja por falta de recursos ou, por exemplo, por desmotivação. Assim, os objetivos terapêuticos não são facilmente alcançados, mesmo nos casos em que há indicação exclusiva deste tipo de cuidado. Isto torna necessário o uso de medicamentos cada vez mais precocemente, mesmo em casos de hipertensos com alterações discretas nos níveis pressóricos, gerando gastos e expondo os usuários a possíveis reações alérgicas e a efeitos colaterais (GUYTON; HALL, 2011).

3.1.2 Cuidado medicamentoso

A HAS é uma condição multifatorial e, por isso, seu cuidado medicamentoso envolve drogas com diferentes mecanismos de ação. Embora a maioria dos fármacos tenha a capacidade de reduzir os valores pressóricos, nem todos possuem igual capacidade de diminuir ou de evitar as sequelas decorrentes da pressão alta, como o infarto ou acidente vascular encefálico. O maior objetivo do cuidado do medicamento é evitar as diversas consequências da hipertensão arterial no organismo. A redução da PA é o principal meio de se verificar o efeito dos medicamentos e de promover a prevenção das doenças cardiovasculares, na prática clínica diária. Portanto, o controle da PA deve ser analisado como um desfecho substituto, como um resultado a ser alcançado, ao contrário de se avaliar as reais finalidades terapêuticas, sendo essas consideradas o modo de se prevenir os eventos cardiovasculares (FUCHS, 2002).

O benefício da terapêutica anti-hipertensiva pode ser percebido em todos os casos, mesmo em usuários hipertensos idosos, principalmente quando são usadas drogas anti-hipertensivas capazes de atuar na prevenção da hipertrofia ventricular esquerda e no quadro de insuficiência cardíaca (ARAÚJO; SILVA, 2010).

A escolha de determinada droga anti-hipertensiva em detrimento de outra não é tarefa fácil. A princípio qualquer medicamento anti-hipertensivo pode ser usado como terapêutica. O medicamento escolhido, entretanto, deve ser disponível, bem tolerado e não apresentar contraindicações a seu uso quando analisado o quadro clínico apresentado pelo usuário hipertenso (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

O medicamento anti-hipertensivo considerado ideal também deve apresentar características como o uso em dose única diária, ser acessível, de baixo custo e possuir poucos efeitos colaterais. Infelizmente não existe ainda no mercado uma droga capaz de reunir todas essas características (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

A medida em que a população envelhece, ocorre uma elevação da prevalência das DCNT, entre elas a HAS. Com o passar dos anos, a população hipertensa, cada vez mais idosa, vem apresentando com maior frequência a associação prejudicial de outras condições de saúde, como, por exemplo, a obesidade, a dislipidemia. Isto contribui para que os níveis pressóricos apresentem tendência a se tornem mais elevados e de difícil controle. Desta forma, é cada vez mais necessário o emprego de vários fármacos anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação para que, atuando em conjunto, aumentem a capacidade de controlar melhor os níveis pressóricos (RENOVATO; TRINDADE, 2013).

A tendência atual dos médicos é prescrever, cada vez mais precocemente, a terapêutica combinada anti-hipertensiva em uma só apresentação, ou seja, realizar a prescrição de vários tipos de fármacos associados que são agrupados em um único comprimido para facilitar a ingestão e deste modo, melhorar a adesão ao cuidado medicamentoso. Entretanto, os medicamentos que são disponibilizados pelo SUS não vem em apresentações combinadas, exigindo quando necessário, que o usuário hipertenso compre esse tipo de associação medicamentosa ou realize várias tomadas de remédios de diferentes tipos ao dia, dificultando a adesão terapêutica (DOSSE *et al.*, 2009).

A polifarmácia ou polifarmacoterapia pode caracterizar-se pelo uso simultâneo de vários medicamentos, em geral acima de três, seja para tratar uma

única doença ou para o tratamento de várias doenças associadas (MELGAÇO *et al.*, 2011). De acordo com Mengue *et al.* (2016), as doses de comprimidos utilizados para o tratamento da hipertensão aumentam de acordo com a idade, assim como o número de fármacos diferentes utilizados, favorecendo a polifarmacoterapia. Esta prática se constitui em um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de reação adversa a medicação (RAM) e interações medicamentosas (MELGAÇO *et al.*, 2011).

Segundo Araújo e Silva (2010) a OMS define a RAM como qualquer tipo de resposta, obtida a partir do uso de um medicamento que seja considerada nociva, não intencional e que ocorra nas doses habitualmente usadas no ser humano, para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma doença, ou ainda para modificação de uma função fisiológica. Magalhães e Carvalho (2001) sugerem que neste conceito fica descartado os efeitos que surgem decorrente de usos de doses de medicamentos excessivas, além das doses habituais, seja por uso acidental ou intencional.

As reações adversas a medicamentos podem afetar negativamente a qualidade de vida das pessoas e trazer inúmeros prejuízos, como a falta de confiança do usuário em relação ao seu médico. Podem também interferir na correta adesão medicamentosa e gerar elevação dos custos do tratamento, uma vez que tais reações podem se portar como quadros de enfermidades. As reações graves podem ser causas importantes de internações ou de aumento do tempo de permanência hospitalar e podem até mesmo levar o usuário hipertenso ao óbito (MAGALHÃES; CARVALHO, 2001).

A interação medicamentosa é uma reação produzida a partir da interferência de um determinado fármaco na ação de outro, ou quando há efeito do uso de um nutriente ou alimento atuando sobre a ação de um medicamento. Alguns fatores contribuem para a ocorrência de interações medicamentosas: a utilização de prescrições múltiplas, a falta de compreensão do usuário em relação ao tratamento farmacológico fazendo com que utilize medicamentos e alimentos com potencial de interação com os fármacos, o uso abusivo de medicação e a automedicação, além do déficit de informação dos prescritores e dispensadores (SEHN *et al.*, 2013). A prevalência de interações aumenta exponencialmente de acordo com o número de medicamentos prescritos e com o maior grau de complexidade ou gravidade do quadro clínico apresentado pelo usuário (MELGAÇO *et al.*, 2011).

Outra condição que pode ocorrer, também devido ao uso de vários medicamentos simultaneamente, são as iatrogenias. Estas são atos decorrentes de

intervenções efetuadas por profissionais da saúde, sejam elas apropriadas ou não, justificadas ou não, mas que tragam como consequências prejuízos à saúde do usuário, podendo esse prejuízo ser extremamente grave ou até mesmo fatal (GOMES, H. O.; CALDAS, 2008). A iatrogenia assume alta incidência na vida dos usuários idosos, onde se manifestam com grande intensidade.

O cuidado medicamentoso anti-hipertensivo deve ser iniciado de forma gradual, iniciando com doses mínimas dos medicamentos e promovendo o reajuste das doses de acordo com a resposta obtida no controle pressórico. Se o uso de fármacos da HAS for em doses muito intensas já no início do quadro, podem ocorrer efeitos indesejáveis, decorrentes da redução abrupta dos níveis pressóricos e isto pode gerar sintomas como fadiga, sonolência, fraqueza e quadro vertiginoso relacionado à mudança de posição do corporal do usuário hipertenso. Estes sintomas podem ser responsáveis pelo abandono do cuidado já em sua fase inicial (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

Algumas classes de medicamentos anti-hipertensivos são consideradas de primeira linha¹⁰ como os diuréticos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA) e os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC). As classes de anti-hipertensivos consideradas de segunda linha são os bloqueadores de receptor alfa-1, os inibidores da renina, os agonistas alfa-2 periféricos e os vasodilatadores diretos (WELLS *et al.*, 2016).

Cada tipo de anti-hipertensivo possui uma indicação mais específica para determinados usuários hipertensos. O anti-hipertensivo ideal para o caso específico é aquele que consegue promover controle pressórico satisfatório e atua no combate a outras doenças associadas. Usuário hipertensos portadores de *diabetes mellitus* em uso de insulinoterapia, com quadro de proteinúria se beneficiam com o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), pois estas drogas protegem esses usuários do agravamento da lesão renal. Outro exemplo é o dos usuários hipertensos com insuficiência cardíaca concomitante e que têm prognóstico favorável quando em uso de drogas anti-hipertensivas específicas do tipo IECA, drogas

¹⁰ Drogas de primeira linha para o tratamento da hipertensão arterial são todas aquelas com resultados benéficos em relação a prevenção das complicações cardiovasculares que podem ser comprovados através de publicações em vários trabalhos científicos, ao contrário das drogas de segunda linha (Portal educação -Enfermagem, 2013).

betabloqueadoras e com o uso de diuréticos pois esses fármacos atuam na melhora da função cardíaca (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013).

3.1.2.1 *Cuidado medicamentoso com drogas anti-hipertensivas de primeira linha*

Entre as drogas anti-hipertensivas de primeira linha encontram-se os medicamentos diuréticos: hidroclorotiazida, clortalidona, furosemida, amilorida e espironolactona (BATLOUNI, 2009).

O mecanismo de ação destes fármacos está relacionado com o aumento da diurese e o efeito natriurético, levando a uma redução do volume extracelular. Após quatro a seis semanas de uso dessas drogas, o volume circulante se equilibra e sua segunda ação se estabelece, promovendo a redução da resistência vascular periférica. Os diuréticos são classificados de acordo com a fração máxima excretada do sódio que é filtrado pelos rins e de acordo com seus locais de atuação no néfron. As drogas de alta eficácia (>15% de excreção de sódio) conhecidas como diuréticos potentes (furosemida) são aquelas consideradas diuréticos de alça por sua atuação na porção espessa da alça de Henle do néfron, unidade funcional do rim. As drogas de média eficácia (5 a 10% de excreção do sódio) possuem ação na porção inicial do túbulo renal distal do néfron e compreende os diuréticos do tipo tiazídicos (hidroclorotiazida). Os diuréticos fracos ou adjuntivos (menos de 5% de excreção de sódio) são aqueles denominados poupadores de potássio, com atuação na porção final do túbulo distal do néfron (espironolactona e amilorida). A espironolactona acumula a ação de ser antagonista competitivo com a aldosterona (BATLOUNI, 2009).

Os diuréticos possuem eficácia comprovada na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Podem ser usados em monoterapia ou em associações com outros anti-hipertensivos (BATLOUNI, 2009). São drogas baratas e bem toleradas pelos usuários hipertensos.

Para o cuidado anti-hipertensivo a preferência é dada aos diuréticos do tipo tiazídico em baixas doses, pois 80% do efeito da hidroclorotiazida é obtido com a dose de 12,5 mg /dia e quase 100% do seu efeito com a dose de 25 mg /dia; deste modo, com baixas doses terapêuticas se obtêm o efeito desejado e se reduz a ocorrência de efeitos adversos (BATLOUNI, 2009). Os diuréticos de alça são reservados para o

tratamento de usuários com retenção de líquido (inchaço) como os portadores de insuficiência cardíaca (IC) e os usuários com hipertensão arterial associada à insuficiência renal (IR) cujo ritmo de filtração glomerular (RFG) esteja crítico, em níveis inferiores a 30 ml/ min/1,73 m² (BATLOUNI, 2009). Usuários com IC compensada e IR crônica leve podem fazer uso dos tiazídicos. Os diuréticos poupadores de potássio possuem fraca ação diurética, mas podem ser úteis em associação a outros diuréticos para evitar a perda renal de potássio. Entretanto, seu uso deve ser cauteloso no usuário renal crônico, pois pode levar a elevação da taxa de potássio no sangue (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

A principal reação adversa dos diuréticos (exceto dos poupadores de potássio) é a hipopotassemia (diminuição do potássio sanguíneo) que é agravada quando associada ao quadro de hipomagnesemia (diminuição do magnésio no sangue), podendo causar graves arritmias cardíacas. Pode-se também apontar como reações adversas àquelas resultantes do uso de diuréticos tiazídicos e dos diuréticos de alça. Os diuréticos tiazídicos diminuem a excreção urinária de cálcio e embora este seja um efeito adverso, pode trazer benefícios quando usados para prevenir cálculos renais e desmineralizações ósseas (osteopenia e osteoporose). Já os diuréticos de alça fazem efeito oposto, ou seja, aumentam a eliminação de cálcio pela urina e este efeito adverso também pode ser útil no tratamento da hipercalemia (aumento da taxa sanguínea de cálcio). Batlouni (2009) pondera que, apesar de não ser um consenso entre estudiosos, a utilização destas drogas pode levar à intolerância à glicose, elevando a chance de *diabetes mellitus* e de elevação dos triglicérides. Esclarece, contudo, que esses efeitos são doses dependentes. Recentemente, em 2018, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Gerência de Farmacovigilância alertou para o risco do surgimento de câncer de pele dos tipos não melanoma devido ao uso cumulativo de diurético hidroclorotiazida, recomendando aos usuários hipertensos com lesões de pele suspeitas para que realizem acompanhamento médico adequado.

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) mais comuns são o captopril e o enalapril (BATLOUNI, 2009). Essas drogas atuam impedindo a ação de uma enzima conversora que atuava sobre a angiotensina I transformando-a em angiotensina II. A angiotensina II atua sobre as arteríolas promovendo vasoconstrição e deste modo gera a elevação dos níveis pressóricos. A redução da angiotensina II leva a uma diminuição da PA. Os IECA promovem a regressão da

hipertrofia ventricular esquerda com mais intensidade que os demais agentes anti-hipertensivos. Possuem a capacidade de reduzir a pressão arterial em 50 a 60% nos casos leves (OIGMAN; FRITSCH, 1998).

Portanto, os IECA são capazes de reduzir a morbimortalidade cardiovascular nos usuários hipertensos portadores de insuficiência cardíaca, naqueles que sofreram infarto agudo do miocárdio com baixa fração de ejeção e nos usuários com alto risco para a ocorrência de doença aterosclerótica. Essas drogas são capazes de atuar como prevenção ao acidente vascular encefálico (AVE) e seu uso por longo período, pode retardar o declínio da função renal em usuários hipertensos portadores de diabetes ou com outras causas de nefropatia (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010). Seus principais efeitos adversos são a tosse, presente em 5 a 18% dos hipertensos, distúrbios do paladar, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e angioedema (OIGMAN; FRITSCH, 1998).

Os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) são representados principalmente pelo losartana, candersartana e valsartana (WELLS *et al.*, 2016). Essas drogas antagonizam a ação da angiotensina II através do bloqueio específico de seus receptores do tipo AT1, promovendo a redução da morbimortalidade cardiovascular. Possuem efeito favorável nos casos de insuficiência cardíaca congestiva, na prevenção de AVE e são nefroprotetores nos casos de *diabetes mellitus* tipo 2 com nefropatia já instalada. Possuem bom perfil de tolerância (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

As reações adversas do BRA são: tontura, *rash* cutâneo (raro). As precauções para seu uso são semelhantes aquelas decorrentes do uso do IECA (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

Nos bloqueadores de Canais de Cálcio (BCC) encontra-se o subgrupo das di-hidropiridinas, cujos principais representantes são o anlodipino e o nitrendipino (WELLS *et al.*, 2016) e o subgrupo das não di-hidropiridinas do tipo fenilalquilaminas que inclui o verapamil e a do tipo benzotiazepinas, que inclui o diltiazem (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

Esse grupo atua reduzindo a resistência vascular periférica e a pós-carga (resistência do sangue para sair do coração) por promover a diminuição na concentração de cálcio nas células musculares lisas dos vasos sanguíneos, diminuindo a contração desses vasos. São eficazes em realizar a diminuição da mortalidade e morbidade cardiovascular. O agente do tipo di-hidropiridina de longa

duração (anlodipino) possui sua liberação mais controlada no organismo, sendo sua ação mais suave, portanto, é o agente mais recomendado quando comparado aos de curta duração (nifedipina). São medicamentos de boa tolerabilidade e podem ser usados com segurança no tratamento da HAS, principalmente nos usuários hipertensos com doença coronariana (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

Alguns tipos de BCC são usados para tratamento de arritmias como o verapamil e o diltiazem. Podem ser úteis também na prevenção de AVE em idosos portadores de hipertensão sistólica. Entretanto, são capazes de deprimir a contratilidade cardíaca, diminuindo sua intensidade e por isso são utilizados com cautela nos usuários hipertensos com disfunção sistólica ou diastólica e seu uso deve ser evitado naqueles que sofreram recente infarto do miocárdio (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

As principais reações adversas observadas com o uso desses tipos de drogas inclui dor de cabeça, tontura, rubor facial (presente principalmente nas drogas de curta duração). Os BCC podem causar edema maleolar ou de extremidades. Esses efeitos adversos geralmente são doses-dependentes. Os agentes di-hidropiridínicos podem gerar taquicardia (exceto naqueles com função antiarrítmica) devido a sua capacidade de estimulação do sistema nervoso simpático, e, deste modo pode trazer prejuízo ao sistema cardiovascular. O verapamil e diltiazem provocam depressão do miocárdio e podem causar bloqueio atrioventricular (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

3.1.2.2 *Cuidado medicamentoso com anti-hipertensivos de segunda linha*

Um dos representantes dos anti-hipertensivos de segunda linha é o alisquireno, que atua como um inibidor direto da enzima renina. Este medicamento bloqueia o sistema renina-angiotensina-aldosterona atuando na primeira etapa desse sistema, sem elevar os níveis de bradicinina. Esse sistema é um conjunto de peptídeos, enzima e receptores capazes de controlar a quantidade do volume de líquido extracelular e deste modo controlar a PA. Seus efeitos são pouco conhecidos em longo prazo. Possuem eficácia semelhante aos IECAS e BRA na hipertensão leve e moderada e em geral são drogas bem toleradas (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

O grupo de anti-hipertensivos de segunda linha também inclui os antagonistas alfa 1 adrenérgicos seletivos, representados pela doxazosina, prazosina, terazosina. Esses medicamentos reduzem a pressão por mecanismos de vasodilatação arterial e venodilatação. Em monoterapia são menos eficazes que as drogas de primeira linha. Promovem melhora dos quadros de dislipidemias associados à hipertensão, diminuindo a taxa de triglicérides e elevando o colesterol HDL.

Esses medicamentos apresentam efeito adverso mais intenso durante a primeira dose. Os efeitos adversos incluem a hipotensão ortostática, dor de cabeça, tonteira e sonolência, mas esses efeitos podem desaparecer com a persistência do tratamento ao longo do tempo. A doxazosina pode elevar o risco cardiovascular e cerebrovascular, mas tem um efeito importante sobre o fluxo urinário, sendo usada em usuários hipertensos com hiperplasia prostática (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

As drogas bloqueadoras adrenérgicas (do tipo alfa e/ ou beta) constituem uma classe terapêutica que bloqueia os receptores do tipo adrenérgico, porém com perfis farmacológicos diferenciados. As drogas alfa e beta bloqueadora também são consideradas drogas de segunda linha. Elas atuam sobre os receptores do tipo beta e alfa adrenérgico, pré e pós-sinápticos, diminuindo a PA devido à redução do débito cardíaco, esse último ocasionado pela ação decrescente do tônus simpático.

As drogas do tipo simpaticolíticas alfa bloqueadoras mais conhecidas são a clonidina e a metildopa (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014). São drogas potentes que atuam através da ativação do receptor alfa 2 adrenérgico central ou pré-sináptico promovendo uma diminuição do tônus adrenérgico e vasodilatação. São úteis como opção aos casos resistentes ao tratamento com outras drogas anti-hipertensivas. A metildopa é o anti-hipertensivo de escolha durante a gestação. Os principais efeitos adversos dessa classe são a diminuição da frequência cardíaca, depressão, a disfunção erétil, a hipertonía vagal reflexa, hipotensão, a galactorrèia e o agravamento da insuficiência cardíaca em usuários hipertensos com disfunção ventricular esquerda. Podem gerar sedação exagerada em idosos (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Os anti-hipertensivos do tipo betabloqueadores diminuem a PA também através da redução da frequência cardíaca e da produção de renina. São exemplos comuns dessa classe o atenolol, propranolol, carvedilol e o pindolol (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Essas drogas são eficazes no tratamento da hipertensão em negros, em usuários hipertensos portadores de renina alta e naqueles com taquicardia. Possuem benefícios adicionais em hipertensos com quadro de enxaqueca, tremores, palpitações e ansiedade associada. Seus efeitos colaterais incluem a possibilidade de piorar os quadros de insuficiência cardíaca, o bloqueio atrioventricular e a dislipidemia – exceto com pindolol, que apresenta atividade simpaticomimética intrínseca (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Os betabloqueadores não seletivos (propranolol, pindolol) bloqueiam tanto os receptores beta 1, que são encontrados no miocárdio, no sistema nervoso e rins quanto os receptores beta 2, existentes na musculatura lisa, nos pulmões, vasos sanguíneos e outros órgãos. Possuem a característica de mascarar os sintomas de hipoglicemia em usuários hipertensos e diabéticos insulino dependentes e de elevar a glicemia nos usuários hipertensos e diabéticos que não fazem uso da insulina, devendo ter seu uso evitado nesses casos. Essas drogas podem gerar também quadro de sedação, distúrbio do sono e depressão. Os betabloqueadores não seletivos também devem ser evitados em usuários com asma e nos portadores de doença pulmonar obstrutiva, pois são capazes de gerar broncoespasmos, sendo nesses casos recomendados o uso de betabloqueadores beta 1 seletivos que em baixas doses não costumam produzir estes efeitos (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Os bloqueadores do tipo beta 1 seletivo cardíaco (atenolol, carvedilol) atuam, em baixas doses, somente sobre os receptores beta 1, com ação preferencial sobre o coração. Entretanto em altas doses podem apresentar as mesmas contraindicações e efeitos colaterais dos bloqueadores não seletivos. O carvedilol atua também contra o receptor alfa 1 periférico, possuindo ação vasodilatadora e antioxidante (BORTOLOTTI; CONSOLIM-COLOMBO, 2009).

A suspensão abrupta das drogas bloqueadoras adrenérgicas deve ser evitada pelo risco do efeito rebote, ou seja, da elevação rápida, brusca da pressão gerando quadro de emergência hipertensiva (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

Por fim, as drogas vasodilatadoras diretas consideradas de segunda linha, incluem a hidralazina e o minoxidil. Essas drogas atuam promovendo o relaxamento da musculatura da parede dos vasos sanguíneos arteriais gerando vasodilatação, com consequente diminuição da resistência vascular periférica. As reações adversas desse grupo incluem a retenção hídrica (inchaço) e a taquicardia reflexa, fatores que contraindicam seu uso isoladamente (KOHLMANN JÚNIOR *et al.*, 2010).

3.2 ADESÃO AO CUIDADO MEDICAMENTOSO

De acordo com a OMS a adesão à terapêuticas crônicas pode ser definida como o grau no qual o comportamento individual, que pode ser representado pela ingestão de medicamentos, pelo cumprimento da dieta e por mudanças no estilo de vida, apresenta correspondência e concorda com as recomendações de um profissional de saúde (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006). Segundo Leite e Vasconcelos (2003) a adesão medicamentosa consiste em utilizar os medicamentos prescritos pelo médico em pelo menos 80% do seu total, sendo respeitados seus horários, doses e o tempo total do tratamento. A adesão à terapêutica envolve a adequada administração do medicamento nos aspectos referentes à quantidade, a forma de consumo do mesmo – em jejum, pela manhã, à noite, com intervalos de tempo de 12 em 12 horas etc. (BRASIL, 2016a).

Existem várias terminologias utilizadas em substituição ao termo adesão, entretanto pode haver algumas pequenas diferenças em seus significados. Dentre elas, pode-se citar a aderência, *compliance*, observância (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006) e *concordance* (BRASIL, 2016a).

O termo aderência (*adherence*, na língua inglesa) configura o poder de livre escolha das pessoas para seguir ou não a um tratamento proposto ou prescrição dos profissionais da saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Gusmão e Mion Júnior (2006) não recomendam o uso do termo adesão ou aderência, pois sugerem que os usuários estão aderidos, colados a um tratamento do qual nunca devem se desligar. Essa concepção nem sempre é desejável em determinadas situações, como no caso de doenças de curta duração. Entretanto, a hipertensão arterial primária, quadro considerado como condição crônica de saúde, sem cura na atualidade, mas com muitas opções terapêuticas, as quais devem ser seguidos pelo usuário hipertenso durante toda sua vida, o termo adesão, é considerado muito bem aplicado.

De acordo com Leite e Vasconcelos (2003), o termo *compliance*, usado principalmente na língua inglesa, pressupõe um papel passivo, submisso, obediente do doente frente à prescrição de medicamentos pelo seu médico. Em discordância com esses autores, Gusmão e Mion Júnior (2006) apresentam outro sentido para o termo *compliance*, tratando-o como obediência do tipo participativa, ativa do usuário, frente à prescrição do profissional da saúde. O termo prescrição neste caso, não se

refere apenas ao aspecto medicamentoso, mas também engloba todos os demais cuidados ou providências recomendadas pelos profissionais da área de saúde.

No que diz respeito à observância, a OMS pondera que seu significado é bem próximo ao da *compliance*, contudo neste caso o usuário segue de modo obediente a prescrição que lhe é imposta, agindo de modo alheio, independentemente de sua vontade (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

Existe também o termo *concordance*, que sugere que os medos, vontades, crenças e as preferências das pessoas sejam levadas em consideração durante a tomada de decisão terapêutica, sendo esse fator decisivo para que a adesão ao cuidado medicamentoso, decidido em conjunto com o médico, possa ocorrer (BRASIL, 2016a).

Conceituar adesão é muito complexo e tem correspondência com aspectos como: sexo, idade, estado civil, consumo de bebida alcoólica, desconhecimento da doença e seu caráter crônico, heranças culturais, religiosidade, grau escolaridade (educação formal).

No que diz respeito ao sexo e a idade, é importante destacar que os homens e a população mais jovem procuram com menos frequência os serviços de saúde dificultando ou postergando o diagnóstico de hipertensão, gerando pior prognóstico e diminuindo a expectativa de vida desta população (RIBEIRO; BATISTA, 2015). Com relação ao estado civil, Gusmão e Mion Júnior (2006) ponderam que usuários casados tem mais dificuldade de realizar o autocuidado devido ao tempo dedicado à família. Por outro lado, Bezerra, Lopes e Barros (2014), referem que o apoio familiar funciona como estímulo motivacional, sendo a família um fator facilitador da adesão terapêutica.

O consumo de bebida alcoólica também é associado a não adesão. Os usuários que fazem uso esporádico ou crônico de bebidas alcoólicas tendem a modificar o modo de usar as medicações e, até mesmo, a abandonar o uso de medicamentos com receio de possíveis reações causadas pela interação do álcool com os fármacos anti-hipertensivos, embora esse tipo de interação não exista (MACIEL, 2012).

Do mesmo modo o desconhecimento do usuário sobre a doença reflete na adesão. De acordo com Becho, Oliveira e Almeida (2017), o fato de os usuários não conhecerem o que é a hipertensão contribui para que não reconheçam a importância do cuidado medicamentoso, dificultando a realização dele. Muitas vezes a falta de

conhecimento também se estende aos familiares dos usuários hipertensos, impedindo um possível apoio. Ibanez *et al.* (2014) destacam a importância do apoio familiar e da rede de amigos, vizinhos e conhecidos no processo de superação das dificuldades encontradas no cotidiano do usuário portador de doença crônica, favorecendo a adesão ao cuidado medicamentoso.

A cronicidade da hipertensão arterial, seu caráter por vezes assintomático e as consequências graves do não tratamento ou do tratamento inadequado que na maioria dos casos são de surgimento tardio, também favorecem a não adesão ao tratamento (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006). O caráter assintomático da doença pode levar o usuário a crer que o uso de medicamentos só deve ser realizado quando a pressão se eleva, fato que para eles só é possível quando há algum sintoma associado. Esta crença possibilita a manipulação do tratamento medicamentoso ou seja, os usuários atribuem a si a capacidade de administrar o medicamento quando necessário (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Também por conta deste caráter assintomático, o usuário hipertenso não se sente mal, o que faz com que não busque o serviço de saúde e, às vezes, a identificação do diagnóstico é tardia e já se manifesta através do surgimento das complicações (BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017). Além disto, a ausência de sintomas pode contribuir para que o usuário negue a existência da doença hipertensiva, dificultando a adesão ao tratamento (MORAIS; CASTRO, 2016).

A negação da doença pode ser entendida como uma lacuna de tempo que o usuário necessita para se adaptar ao surgimento de uma determinada doença. Quando um médico faz um diagnóstico de doença grave, de curso crônico ou degenerativo e o comunica ao usuário da saúde, faz com que este passe por etapas psicológicas até haver a aceitação da doença. Essas etapas incluem a negação, a raiva/revolta, a barganha, a depressão e finalmente a aceitação da doença. A negação, que é considerada a primeira etapa do processo representa um obstáculo de enfrentamento do usuário frente ao diagnóstico de doença crônica, realizado de maneira súbita, sendo este diagnóstico capaz de gerar impactos na vida desse indivíduo. A negação representa uma defesa da autoestima do usuários, ameaçada pelo surgimento da doença, provocando a necessidade de um tempo para se adaptar ao impacto emocional dessa experiência traumática, a fim de proporcionar forças nesse indivíduo para o enfrentamento da própria doença (MORAIS; CASTRO, 2016).

Também admitindo que o conceito de adesão deva considerar outros aspectos, Leite e Vasconcelos (2003) destacam a questão cultural. Segundo as autoras, o meio cultural no qual o usuário hipertenso se insere influi na adesão terapêutica, tanto na forma de se fazer uso dos medicamentos, como na forma de se realizar o cuidado com a saúde como um todo. Existem diversas definições para cultura, porém de forma genérica pode-se considerar cultura como uma resultante derivada de crenças, hábitos, práticas, aversões e preferências, normas, rituais e costumes que são aprendidos e transmitidos por gerações, frutos de convivência familiar e comunitária. Deste modo, a cultura possui forte influência na forma de pensar e de agir de um indivíduo, seja atuando de modo consciente ou inconsciente (CRUZ; LIMA, 1999).

Os conhecimentos populares, transmitidos através de gerações por meio de “heranças culturais”, são utilizados como forma alternativa para o tratamento de doenças ou para a manutenção da saúde e devem ser considerados/valorizados pelos profissionais de saúde. Exemplo claro é a utilização de chás, infusões e macerações com plantas para prevenir e até mesmo baixar os níveis pressóricos, como o uso da berinjela, pitanga, erva cidreira, pata de vaca, boldo, camomila entre outros, principalmente entre os idosos. Destacando que todas as plantas elencadas foram estudadas e são eficazes por seus efeitos anti-hipertensivos e ou diuréticos, (com exceção do boldo que possui propriedades hipertensivas), Lopes *et al.* (2007) reforçam a necessidade de os profissionais valorizarem e buscarem se informar a respeito das propriedades terapêuticas das plantas. Como asseguram os autores poucos profissionais, por desconhecimento ou mesmo “preconceito”, conhecem e recomendam a utilização de ervas para terapêutica da hipertensão.

A indicação do uso de plantas medicinais para o tratamento anti-hipertensivo deve ter embasamento científico, para que os usuários não sejam prejudicados, principalmente devido a toxicidade de algumas plantas (LOPES, G. A. D. *et al.*, 2010). O uso de medicação alopática pode coexistir perfeitamente com o uso de medicação caseira. Entretanto o uso de remédios caseiros apresenta resultados inferiores aos obtidos com o uso correto da medicação alopática (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Carneiro (2014) é mais incisivo na sua posição e alerta que a substituição dos medicamentos alopáticos pelos caseiros pode piorar do quadro clínico do usuário hipertenso e contribuir para a não adesão.

A associação entre religiosidade e saúde possui forte fundamento histórico. Em grande período da história da humanidade, a magia, a religião e os processos de cura se mantiveram interligados mas, com o passar do tempo, o discurso médico foi se distanciando das demais práticas (PINTO; FALCÃO, 2014). Em relatos de usuários de várias religiões percebe-se a importância atribuída à relação de causalidade religiosa a várias doenças assim como a suas curas, expressas através de falas que reforçam a ideia de que essa era a vontade de Deus (FARIA, J. B. ; SEIDL, 2005). A espiritualidade, a religiosidade e fé assumiram um trabalho baseado em uma visão mais integral do ser humano, atuando favoravelmente no auxílio ao enfrentamento de dificuldades e obstáculos da vida, aumentando a resiliência do usuário enfermo (SILVA, C. F. *et al.*, 2016). A religiosidade fornece um novo significado à vida mediante a presença do sofrimento e favorece a criação de uma rede social de apoio ao doente, sem que isto necessariamente implique na retirada dos sintomas de uma determinada doença (MELLO; OLIVEIRA, 2010).

A baixa escolaridade interfere na compreensão da importância de realizar o cuidado correto. Deficiências na formação escolar ou o analfabetismo podem trazer mais dificuldades para o usuário hipertenso assimilar as orientações passadas pelos profissionais de saúde (MACIEL, 2012). Reforçando este ponto de vista, Weber, Oliveira e Colet (2014) referem que há uma delicada ligação entre o grau de escolaridade e a adesão ao cuidado anti-hipertensivo. As autoras ressaltam ainda que, em relação a compreensão das informações, o uso de constante de folhetos e cartilhas explicativas, material amplamente disponibilizado pelo SUS em campanhas direcionadas ao cuidado medicamentoso da HAS, não consegue atingir o seu propósito, pois é distribuído principalmente para a população analfabeta ou com baixo nível de escolaridade que geralmente apresentam dificuldade de leitura. Santa-Helena, Nemes e Neto (2010), assim como Daniel e Veiga (2013) também reforçam que a baixa escolaridade tem sido associada a casos de adesão insatisfatória ao cuidado medicamentoso.

Outros fatores como os efeitos negativos adversos das medicações, o número elevado de comprimidos ingeridos, o pequeno intervalo entre as tomadas, o grau de acessibilidade aos serviços de saúde, o tempo de espera e o tempo de atendimento em relação às consultas e o nível socioeconômico podem interferir no processo de adesão. O elevado número de comprimidos ingeridos, geralmente associado a necessidade de várias tomadas ao dia (menor intervalo entre as doses)

constituem a prática da polifarmacoterapia ou polifarmácia, que aumentam as chances de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas negativas. Fatores como a prevalência de danos cognitivos (principalmente a falha da memória em idosos) e funcionais (como a diminuição da acuidade visual), associação de várias doenças com a utilização de polifarmacoterapia cooperam com o aumento das dificuldades de aderir ao cuidado farmacológico e não farmacológico, elevando também as chances de ocorrerem falhas terapêuticas (ARAÚJO; SILVA, 2010). O acesso dificultado à consultas e serviços médicos os quais incluem a localização desfavorável desses serviços, o excesso de burocracia, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a deficiência organizacional, entre outros, limitam a realização do cuidado medicamentoso e não medicamentoso, assim como as dificuldades financeiras vivenciadas pelo usuário hipertenso, que não permite acesso a medicamentos e serviços particulares quando esses não se mostram disponíveis pelos meios públicos (REINERS; CARVALHO; CAMÊLO, 2007). Profunda desigualdade social pode ser verificada quando grande parte da população possui acesso limitado aos medicamentos devido ao custo e problemas de distribuição, e uma pequena parcela da população é responsável pela maior parte consumo de fármacos (MELO, D. O.; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Retomando a questão da definição da adesão medicamentosa, Gusmão e Mion Júnior (2006), afirmam que ela pode atingir vários níveis. No patamar mais elevado, encontram-se os usuários hipertensos aderentes, indivíduos que seguem corretamente a terapêutica proposta e na outra extremidade, estão os desistentes, aqueles que simplesmente abandonam o tratamento. No grupo dos não aderentes ainda existem a categoria dos persistentes, aqueles que sempre comparecem a consulta, mas não seguem o cuidado prescrito.

De acordo com o MS (BRASIL, 2016a) existem dois tipos de usuários enfermos não aderentes: os involuntários e os voluntários. No primeiro grupo encontram-se os usuários que não seguem os cuidados prescritos devido à falta de conhecimento sobre a doença e sobre a terapêutica instituída ou por dificuldades de interpretar as instruções dos profissionais da saúde. Neste grupo também estão os usuários que costumam esquecer do horário de tomada das medicações e que apresentam desorganização na ingestão, com uso frequente de subdoses. O segundo grupo, dos voluntários, é formado por aqueles usuários que não desejam tomar a medicação de modo completo ou parcialmente, devido a motivos variados.

A literacia funcional em saúde é considerada uma medida que indica a capacidade dos usuários enfermos de obter, processar e compreender as informações e o funcionamento dos serviços de saúde necessários para auxiliarem na tomada de decisões de saúde apropriadas. Pessoas com reduzido nível de literacia em saúde apresentam dificuldades de aderir aos cuidados e necessitam de intervenções direcionadas para aperfeiçoar o nível de adesão (BRASIL, 2016a).

A falta de adesão ou a adesão inadequada ao cuidado é considerada atualmente um problema de saúde pública, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos. Nos países com situação econômica privilegiada, apenas 50% dos usuários com doenças crônicas aderem a terapêutica. A gravidade da não adesão é bem mais intensa nos países de situação econômica precária, devido à carência de recursos e a baixa acessibilidade a ações referentes ao cuidado da saúde como um todo (BRASIL, 2016a).

A não adesão é considerada uma epidemia mundial invisível, variando de 15 a 93% para os portadores de doenças crônicas, com média estimada de 50%, na dependência de qual método foi empregado para esta medida (BRASIL, 2016a).

Em uma abordagem mais específica correlacionada com o quadro de hipertensão arterial, a adesão pode ser definida como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, independentemente do tipo de cuidado, se medicamentoso ou não, mas cuja finalidade dessas medidas é promover a manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

O controle adequado da hipertensão arterial é extremamente importante para a qualidade de vida dos usuários hipertensos, pois a elevação moderada da pressão já contribui para a redução significativa da expectativa de vida desses usuários. Hipertensos com pressões arteriais extremamente elevadas e que se mantêm sem terapêutica por tempo prolongado, podem ter sua sobrevida reduzida a um período de poucos meses (GUYTON; HALL, 2011).

No Brasil, cerca de 50% dos usuários hipertensos abandonam o cuidado medicamentoso durante o seu primeiro ano de acompanhamento médico e, após cinco anos de acompanhamento, somente 17% permanecem em tratamento. Diversos fatores podem contribuir para a não adesão ao cuidado medicamentoso, dentre os motivos pode-se citar regimes terapêuticos complexos, dificuldade do usuário em compreender a prescrição e reações adversas dos medicamentos (WEBER;

OLIVEIRA; COLET, 2014). Além disso, podem-se destacar as barreiras geográficas e a história cultural da população envolvida (BRASIL, 2016a).

A não adesão medicamentos na HAS atinge índices elevados e preocupantes. Cerca de 40 a 60% dos usuários hipertensos sob cuidado medicamentoso não fazem uso da medicação anti-hipertensiva e essa porcentagem é superior a este valor se considerar o tratamento não farmacológico, podendo chegar a 80% (BARBOSA; LIMA, 2006).

Embora existam atualmente muitos medicamentos anti-hipertensivos com eficácia comprovada no tratamento e na prevenção das doenças cardiovasculares, o número de usuários que controlam adequadamente seus níveis pressóricos é bastante reduzido. Este fato se deve principalmente à baixa adesão terapêutica (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014). A não adesão é responsável pela falta de controle adequado da pressão em mais de dois terços dos casos (BARBOSA; LIMA, 2006).

Há atualmente diversos métodos e técnicas para se verificar a adesão ao cuidado medicamentoso nas doenças crônicas. Dentre eles, a utilização da contagem eletrônica de pílulas, a avaliação de resultados terapêuticos, a opinião do profissional, a avaliação do fármaco e metabólitos no plasma, saliva ou urina dos usuários hipertensos e a aplicação de diversos tipos de questionários. Os principais questionários utilizados são os testes de *Haynes e Sackett*, o teste de *Morisk Green*, os testes *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)*, do *Beliefs About Medications Questionnaire (BMQ)* e *Brief Medication Questionnaire- BMQ2* (BRASIL, 2016a).

O cuidado inadequado da hipertensão pode contribuir para o surgimento de várias complicações de saúde, dentre elas a doença cerebrovascular, a doença arterial coronariana (DAC), a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, a retinopatia hipertensiva e a insuficiência vascular. Alguns trabalhos consideram que 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% dos óbitos por DAC são decorrentes de quadros hipertensivos (LADEIRA; BRANDÃO NETO; FURTADO, 2013). A hipertensão arterial não tratada adequadamente responde por 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica em fase terminal, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 60% dos infartos agudos do miocárdio (BRASIL, 2016a). Além disso, pode-se mencionar como consequência da não adesão, o desperdício com a utilização inadequada dos remédios básicos distribuídos gratuitamente à população

através das farmácias do SUS e farmácias populares e o gasto com os medicamentos genéricos vendidos a custos mais baixos para a população. Nos países em desenvolvimento é enorme o desperdício de recursos destinados a medicamentos. Nestes países o desperdício pode chegar até a 40% das verbas em saúde, enquanto em países desenvolvidos este montante chega apenas a 8% (BARBOSA; LIMA, 2006).

A adesão à terapêutica prescrita é imprescindível. O sucesso do cuidado instituído, a possibilidade de se alcançar a cura de uma doença, o controle de uma condição crônica de saúde e até mesmo a prevenção ou reabilitação de um quadro de enfermidade dependem fundamentalmente da adesão ao cuidado proposto pelo profissional da saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Contudo, os profissionais de saúde tendem a abordar a temática da adesão/ não adesão somente em conformidade com suas expectativas, ignorando os pontos de vistas dos usuários hipertensos, negando a legitimidade dos comportamentos que diferem de suas prescrições. Este posicionamento conduz ao afastamento dos médicos e demais profissionais da saúde das ações e razões apresentadas pelos usuários, levando ao julgamento e a criação de rótulos negativos referente ao comportamento dos usuários, ao invés de procurar compreender e entender essas atitudes. Para superar este quadro deve-se considerar a corresponsabilidade que os serviços de saúde e profissionais devem assumir frente ao processo de adesão do usuário hipertenso ao cuidado medicamentoso (REINERS, 2007).

No caso das doenças crônicas, a prescrição médica é o início de um contrato sério e persistente entre usuários e médicos, que, atuando em conjunto, procuram assegurar a adesão ao cuidado medicamentoso, que muitas vezes poderá sinalizar para o sucesso terapêutico desejado para cada caso em questão.

4 CUIDADO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DE DOM BOSCO/JUIZ DE FORA: A NÃO ADESÃO EM FOCO

Para um melhor entendimento sobre os possíveis fatores que interferem na decisão do usuário de não aderir à terapêutica medicamentosa proposta para o enfrentamento do seu quadro hipertensivo faz-se necessário caracterizar de forma mais pormenorizada a Unidade de Saúde responsável pelo cuidado aos usuários, sujeitos do estudo e, ainda, o bairro Dom Bosco/JF, espaço que abriga a referida Unidade.

A UBS de Dom Bosco está situada em Juiz de Fora, município brasileiro do interior do estado de Minas Gerais. Localizado na região da Zona da Mata Mineira, dista cerca de 283 km da capital do estado, Belo Horizonte (RODRIGUES, 2016). Em 2010, ocasião do último censo do IBGE, sua população abrangia 516. 247 habitantes. Em 2018, sua população foi estimada em 564. 310 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2017). Juiz de Fora apresenta como limites territoriais: ao norte Ewbank da Câmara e Santos Dumont, a nordeste Piau e Coronel Pacheco, a leste Chácara, a sudeste Pequeri e Santana do Deserto, ao sul Matias Barbosa e Belmiro Braga, a sudoeste Santa Bárbara do Monte Verde, a oeste Lima Duarte e Pedro Teixeira, a noroeste Bias Fortes e Santos Dumont e a sudeste faz divisa com o Sul Fluminense (JUIZ DE FORA, 2013).

Do ponto de vista da atenção à saúde, o município conta com uma vasta rede, distribuída em quatro níveis de atenção: média, alta, altíssima complexidade e a atenção básica.

O chamado nível quaternário compreende o nível de atendimento de maior complexidade, apresentando investimentos em tecnologia de ponta utilizados em tratamentos especiais, tais como transplantes de órgãos, procedimentos neurocirúrgicos e realização de cirurgias cardiovasculares. Em relação a realização de transplantes renais no município, a atenção quaternária é ofertada por equipes pertencentes a hospitais conveniados, a saber, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Universitário (UFJF) e Hospital João Felício (OLIVEIRA, J., 2012).

O nível terciário de atenção é composto por 22 hospitais. As ações desenvolvidas neste nível são atendimentos de urgências e emergências e internações hospitalares (OLIVEIRA, J., 2012).

O secundário é composto pelos Departamentos da Mulher, Criança e do Adolescente, de Saúde Bucal, de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Terapêuticas não Convencionais, Clínicas Especializadas e pelo Serviço de Assistência Especializada em HIV/ AIDS (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA Juiz de Fora (rastreamento de IST). Além dos departamentos mencionados, fazem parte desse nível de atenção o Hospital Universitário (UFJF - Federal), o Hospital Dr. João Penido (Estadual), serviços contratados de apoio diagnóstico e algumas terapêuticas, o Hospital de Pronto Socorro (HPS- Municipal), o Pronto Atendimento Infantil (PAI - Municipal) e duas Unidades Regionais, Leste e Norte. Os serviços oferecidos neste nível são responsáveis pelas especialidades, desenvolvendo ações de cura, prevenção, reabilitação e em menor escala de promoção à saúde (OLIVEIRA, J., 2012).

Não se configurando como um nível de complexidade, mas atuando como estruturas intermediárias entre as UBS e as portas de urgências/emergências hospitalares, temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). As UPAS configuram unidades de atendimento, equipadas para o atendimento de urgências que funcionam 24 horas por dia, inclusive finais de semanas e feriados. Juiz de Fora possui três UPAS, estando situadas nos bairros São Pedro, Santa Luzia e Araújo (OLIVEIRA, J., 2012).

O nível de atenção primária à saúde, nível de atendimento que inclui o cenário deste estudo, é composto por 62 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atualmente existem três “modalidades” de APS no município, assim distribuídas em 39 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 1 Unidade Mista, 22 Unidades Tradicionais (UT), nas quais está incluída a UBS de Dom Bosco (JUIZ DE FORA, 2013). As UT seguem o modelo tradicional de atenção à saúde, desenvolvendo ações que são geradas a partir de uma consulta médica voltada para realização de procedimentos curativistas, com ênfase em áreas básicas como clínica médica, pediatria e ginecologia (OLIVEIRA, J., 2012). A unidade de saúde considerada mista é a UBS de Santos Dumont e dentre as demais unidades, existe uma unidade com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – UBS de São Pedro, além de uma Unidade Móvel que percorre regiões de áreas rurais descobertas pertencentes

ao município. A cobertura total dos serviços e ações relacionadas a APS corresponde a 81%, se somada as ações da ESF e das UT, estando cerca de 19% da população em área descoberta de serviços e ações da atenção primária. A cobertura de responsabilidade da ESF corresponde a 51%, perfazendo 49% da população. Destaca-se que o cálculo dessa cobertura toma por base dados populacionais de abrangência destas unidades, porém a população descoberta em atenção primária pode ser maior, levando em conta a cobertura calculada com base nas equipes que fazem parte do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (HORTA *et al.*, 2014).

A atenção primária em Juiz de Fora – nível de atenção de interesse deste estudo – tem uma importante história que data da década de 1970. Em seu estudo J. Oliveira (2012) esclarece que este período de implantação coincide com um momento histórico de debate em torno da APS no âmbito internacional, posto que foi nesta década, exatamente em 1978, que ocorreu a Conferência de Alma Ata. Segundo Starfield (2002), a atenção primária é o nível do sistema de saúde que abre suas portas a todas as necessidades e problemas, fornece atenção ao usuário e não exclusivamente a sua doença, atua ao longo do tempo, dedicando o atendimento a todas as condições com exceção das mais raras ao mesmo tempo em que coordena a atenção oferecida por terceiros. A APS trouxe ainda como grande desafio tornar os serviços prestados em saúde acessíveis aos cidadãos (OLIVEIRA, J., 2012).

Tendo como parâmetro os preceitos defendidos na referida Conferência, o município foi construindo uma ampla rede de serviços na APS. Mesmo que com algumas variações, dependendo do grupo político à frente da administração municipal, as ideias de prevenção e promoção à saúde sempre acompanharam os serviços de saúde deste nível de atenção (OLIVEIRA, J., 2012).

Se a década de 1970 foi importante para a APS no município a de 1990 não foi diferente. Em 1995 foi implantado o Programa Saúde da Família em oito bairros que passaram a contar com Unidades de Saúde da Família. Este processo de implantação experimentou grande crescimento no decorrer dos anos, sendo que atualmente o município conta com 39 Unidades de Saúde da Família e 22 Unidades Tradicionais. Defendendo a nova proposta e reconhecendo sua grande expansão e importância no município, Horta *et al.* (2014) salientam que é fundamental fortalecê-la e caminhar no sentido de cada vez mais substituir as redes básicas tradicionais e utilizar indicadores específicos, que permitam monitorar e avaliar os resultados que impactam efetivamente na melhoria da qualidade de vida da população local.

Vale refletir sobre as diferenças existentes na prática do serviço em unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e naquelas com ESF, principais modelos de atenção no município.

Detalhando mais a respeito das unidades tradicionais, percebe-se que essas unidades não contam com equipes definidas por áreas. O atendimento é feito por médicos especialistas, responsáveis pelo atendimento de áreas básicas como pediatria, ginecologia e clínica médica, atuando juntamente com outros profissionais como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos e dentistas. O vínculo é definido principalmente pela afinidade do usuário com o profissional, não por um território delimitado, e, também, pela disponibilidade de vagas ofertadas. O foco do atendimento prioritariamente é composto pela demanda espontânea ou por aqueles encaminhados por algum serviço de saúde. Não existe separação de clientela e a área de abrangência da unidade de saúde é definida a partir das referências das ações de vigilância à saúde (CASTRO *et al.*, 2009).

As unidades com ESF, agem em conformidade com a proposta do Ministério da Saúde. Baseiam-se na delimitação de seu território de atuação, fonte de importantes conhecimentos epidemiológicos, alicerces de ações de vigilância à saúde local. A organização do trabalho parte da delimitação de áreas e microáreas dentro do território de abrangência e da separação da clientela de acordo com as áreas (CASTRO *et al.*, 2009). O processo de trabalho na ESF é de responsabilidade da equipe de cada área e envolve o atendimento a demanda espontânea, a realização de ações de cunho programático e de visitas domiciliares. A equipe geralmente é composta por um médico generalista, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A noção de território dá origem ao vínculo do usuário, inserindo-o no sistema de saúde, em uma determinada equipe de referência (CASTRO *et al.*, 2009).

Antes de especificar os serviços oferecidos pela Unidade de Dom Bosco, em especial os voltados para o cuidado ao hipertenso, é importante, ainda que brevemente, apresentar o bairro que abriga o serviço. O bairro Dom Bosco se situa entre a área de vale da margem direita do rio Paraibuna e a região conhecida tradicionalmente como “*Cidade Alta*” no município de Juiz de Fora. Topograficamente se localiza em uma área de aclave, possuindo encostas íngremes e declives marcantes, sendo considerado como uma área de risco. As ruas do bairro, em sua maioria, surgiram de maneira não planejada, e por isto, apresentam vias estreitas, por

vezes tomadas pelo mato e algumas ainda sem calçamento. A presença de grandes escadões é uma constante no bairro, exceto na rua principal denominada Avenida Olegário Maciel. Esta avenida é um dos principais acessos de ligação do centro da cidade à Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF (OLIVEIRA, J., 2012).

O Bairro Dom Bosco é delimitado ao norte pela UFJF, a oeste pelo bairro Cascatinha, a leste pelo bairro Paineiras e ao sul pelo bairro São Mateus. Devido a sua situação histórica, o bairro apresenta uma posição social diferenciada se comparada aos bairros vizinhos. Sua comunidade é composta por famílias de camadas populares, com origem em um passado de escravidão, com proximidade no grau de parentesco e com objetivos econômicos semelhantes, de sobreviver às custas de pequenas atividades e do comércio local (OLIVEIRA, J., 2012).

Existem duas versões sobre o surgimento do bairro; uma datada no ano de 1927, que relata sua origem na criação de um loteamento, devido ao baixo preço da terra, decorrente da desvalorização do plantio de café na região, fazendo com que a região se tornasse atrativa para a população de baixa renda, proveniente do sistema de escravidão. A outra versão diz que o local foi uma área quilombola que recebeu assistência social da Paróquia de São Mateus. Isto fez com que se erguesse uma capela dos Vicentinos no alto do morro, que foi dedicada a Dom Bosco. O nome do bairro é atribuído a este fato histórico (OLIVEIRA, J., 2012). De acordo com o último Censo de 2010, o número de habitantes residentes no bairro era estimado em 4.735 pessoas, 2.264 homens e 2.471 mulheres. Em relação à etnia a maioria é de negros com 37,09 % negros, 31,10 % de pessoas pardas, 29,9 % de brancos e 0,9% de amarelos. Ainda segundo o Censo, a maior faixa etária se concentrava entre 15 e 64 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2017).

A Unidade de Saúde do bairro Dom Bosco/JF – cenário deste estudo, é uma Unidade Tradicional. Possui em seu quadro de funcionários duas enfermeiras, sendo que uma delas acumula o cargo de gerente da unidade, três auxiliares de enfermagem, uma farmacêutica, uma dentista, uma agente administrativa, dois médicos clínicos, uma pediatra, uma médica generalista (médica de família) e uma funcionária responsável pela limpeza da unidade. Diferentemente das demais Unidades Tradicionais, possui uma médica de família, que desempenha suas funções, não estando vinculada a uma noção de território. Estão entre as funções desempenhadas por esta profissional o atendimento a usuários de todas as idades oriundos da demanda espontânea, consultas de puericultura, consultas de pré-natal e

assistência puerperal, coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, atendimento programado de hipertensos e diabéticos e atendimentos relacionados à saúde do trabalhador e ao combate ao tabagismo. Ademais realiza grupos educativos, participa de campanhas de vacinação e campanhas de prevenção, em datas especiais como o “*Outubro Rosa*” (prevenção ao câncer de mama e de útero) e o “*Novembro Azul*” (prevenção do câncer de próstata). Por não possuir território definido, não faz parte de suas atividades a realização de visitas domiciliares, atividades que são realizadas por duas médicas designadas pela Secretária de Saúde, mediante solicitação do próprio usuário acamado ou de seus familiares.

Quanto aos serviços prestados destacam-se: assistência odontológica básica, assistência farmacêutica, serviço de imunização e curativo de feridas e aferição de pressão e glicemia, realização de nebulização, coletas de exames de sangue e realização de eletrocardiograma, consultas de enfermagem, consultas médicas (atendimento de demanda e ações programadas), realização de grupos educativos e campanhas temáticas.

Dentro das ações programadas ressalta-se o atendimento ao usuário hipertenso. Como a equipe não conta com agentes comunitários de saúde para identificar usuários hipertensos residentes na comunidade, a maioria acessa o serviço de saúde na busca por atendimentos como aferição de pressão, vacinação, curativos, consulta médica etc. Esta forma de "entrada" no serviço acaba por engrossar a fila da demanda espontânea. À medida que esses usuários hipertensos são identificados e atendidos pelos profissionais de saúde, eles são encaminhados para a participação em grupos educativos, consultas de enfermagem e médica. O grupo fornece orientações gerais sobre a doença, alimentação e hábitos de vida saudáveis e motivam a continuidade do cuidado. A consulta de enfermagem se destina a verificar o peso do usuário, sua dieta e hábitos nocivos como o tabagismo e o alcoolismo, além do sedentarismo. Orientam em nível individual sobre a saúde em geral e buscam motivar sobre a realização do cuidado medicamentoso e não medicamentoso. Os médicos, durante a consulta, avaliam de maneira global os usuários, orientando dietas, a cessar os vícios nocivos e a combater o sedentarismo. Solicitam exames quando necessário, prescrevem medicações e agendam novas consultas de retorno. É interessante observar que como não há fidelização de acordo com o território, cada usuário costuma consultar com o médico que escolhe e, por vezes, o usuário costuma mudar de profissional de acordo com sua necessidade de atendimento, se baseando

principalmente na oferta de vagas disponíveis para cada profissional. Uma consequência deste quadro é que o usuário é cadastrado várias vezes no sistema o que gera uma dificuldade de acompanhamento de sua saúde.

4.1 USUÁRIOS HIPERTENSOS DO ESTUDO: AFINAL QUEM SÃO ELES?

São nos espaços descritos – comunidade do bairro Dom Bosco e Unidade de Saúde – que "circulam" os sujeitos deste estudo: usuários hipertensos não aderentes à terapia medicamentosa anti-hipertensiva. São homens e mulheres que se dispuseram a compartilhar sua experiência com relação ao cuidado medicamentoso e colaborar para decifrar o enigma da não adesão.

O Quadro 1 traça um perfil destes usuários, especificando alguns aspectos sociodemográficos:

Quadro 1 – Perfil dos sujeitos entrevistados: aspectos sociodemográficos

Usuário	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade*	Religião	Etnia autorreferida	Renda família	Profissão
E1	F	44 anos	Solteira	Ensino médio completo	Católica	Parda	1 SM	Cuidadora de idosos
E2	M	70 anos	Separado	Primeiro grau incompleto	Católico	Pardo	1 SM	Vigilante aposentado
E3	M	55 anos	Casado	Primário	Católico	Negro	1 SM	Vendedor bebidas aposentado
E4	F	49 anos	Casada	Primário	Católica	Branca	Entre 1 e 2 SM	Do lar
E5	F	65 anos	Solteira	Primário	Evangélico	Negra	2 SM	Artesã
E6	F	64 anos	Desquitada	Segundo grau	Católica	Parda	Entre 1 e 2 SM	Doméstica
E7	F	53 anos	Casada	Primeiro grau incompleto	Evangélica	Negra	2 SM	Cuidadora de idosos
E8	F	75 anos	Viúva	Primário	Católica	Branca	Entre 1 e 2 SM	Doméstica
E9	F	54 anos	Casada	Segundo grau	Espírita	Branca	2 SM	Do lar

E 10	M	50 anos	Solteiro	Primeiro grau	Espírita	Negro	2 SM	Cozinheiro aposentado
E 11	F	43 anos	Solteira	Primeiro grau	Evangélica	Negra	1 SM	Lancheira
E 12	F	73 anos	Viúva	Primário	Católica	Parda	2 SM	Tecelã aposentada
E 13	F	85 anos	Viúva	Primário	Católica	Negra	Entre 1 e 2 SM	Serviços gerais área hospitalar aposentada
E 14	F	32 anos	Solteira	Segundo grau	Espírita	Branca	Entre 1 e 2 SM	Serviços gerais
E 15	F	79 anos	Viúva	Primário	Católica	Negra	2 SM	Tecelã aposentada
E 16	F	59 anos	Desquitada	Primeiro grau	Católica	Branca	1 SM	Do lar
E 17	F	73 anos	Viúva	Primeiro grau	Espírita	Negra	1 SM	Doméstica aposentada
E 18	M	77 anos	Casado	Analfabeto	Evangélico	Negro	1 SM	Padeiro aposentado
E 19	F	50 anos	Solteira	Primeiro grau incompleto	Católica	Negra	< 1 SM	Serviços gerais - afastada temporariamente
E 20	F	47 anos	Divorciada	Primário	Católica	Branca	< 1 SM	Do Lar

Nota: * Embora as terminologias referentes às etapas de ensino tenham mudado ao longo do tempo, neste estudo foi utilizado as nomenclaturas mais antigas como primário, primeiro e segundo grau, em concordância com a fala da maioria dos entrevistados.

Legenda: SM – salário mínimo

Fonte: Dados da Pesquisa

O Quadro 1 evidencia que a idade dos entrevistados variou entre 32 a 85 anos, com média de 59,85 anos. Entre os homens a idade variou de 50 a 77 anos, com média de 63 anos, enquanto entre as mulheres a idade variou de 32 a 85 anos, com média de idade de 59,06 anos. Este é um dado relevante pois quanto mais elevada a idade do usuário, maior será a chance de desenvolver um quadro hipertensivo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2011). A maioria dos participantes é do sexo feminino (16 mulheres e 4 homens). Encontrar um número maior de

mulheres vai ao encontro do defendido no estudo de Ladeira, Brandão Neto e Furtado (2013) que revela uma prevalência do quadro hipertensivo em mulheres, se comparada aos homens, em especial após os 50 anos. Ademais, as mulheres, sobretudo as idosas, além de constituírem a maior parcela da população mundial, também são as que procuram os serviços de saúde disponíveis, superando o quantitativo de homens na busca por estes serviços (SILVA, C. F. *et al.*, 2016).

No que diz respeito à etnia a maioria se autodeclarou negro ou pardo. De acordo com a American Heart Association (2011), o quadro hipertensivo acomete com mais frequência a população de etnia não branca. Pereira e Silva (2011), referem que os indivíduos negros possuem mais sensibilidade ao uso de sal na alimentação, apresentando níveis pressóricos que tendem a ser mais severos do que aqueles encontrados em pessoas de etnia branca. Tal particularidade faz com os usuários hipertensos negros e pardos necessitem mais constantemente do uso do tratamento medicamentoso para atingir o controle da hipertensão.

Os dados relativos ao estado civil revelam que apenas cinco são casados. Mesmo compreendendo que ter um parceiro necessariamente não significa ter um companheiro que compartilha, cuida, a sua ausência, em especial nos idosos, pode contribuir para um descuido com relação ao controle da doença. Segundo Bezerra, Lopes e Barros (2014) a existência de um parceiro pode facilitar a adesão ao tratamento, posto que fornece um suporte social importante para o combate a situações negativas associadas ao tratamento crônico, estimulando o autocuidado mais efetivo. Por outro lado, o tempo dedicado à família pode comprometer o autocuidado (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

No âmbito da educação formal os dados apontam que grande parte dos entrevistados possui baixo nível de escolaridade. Esta realidade tem correspondência com outros estudos que revelam que o baixo nível de escolaridade dificulta o entendimento sobre a doença hipertensiva e favorece a não adesão a terapêutica (GOMEZ, Y. E. B., 2015; MALTA *et al.*, 2017).

A religiosidade também foi revelada pelos entrevistados. Todos afirmaram possuir uma religião definida, sendo que a predominância recaiu na católica, seguida pela espírita e evangélica. No que tange a relação entre religiosidade e controle de níveis pressóricos C. F. Silva *et al.* (2016) esclarecem que a fé atua de forma positiva para o controle da hipertensão. Argumentam que a religiosidade diminui os níveis do

hormônio cortisol (substância que ajuda a elevar a pressão arterial) e ainda contribui de maneira positiva, no enfrentamento de obstáculos e dificuldades da vida.

Em relação ao trabalho ou ocupação, pouco mais da metade dos entrevistados não se encontram no mercado de trabalho, sobretudo em função de aposentadorias. Os demais exercem diferentes profissões. De acordo com Andrade e Fernandes (2016) existem algumas evidências que associam fatores ocupacionais à ocorrência de hipertensão arterial, dentre eles a realização de trabalhos em turnos, a presença de ruídos e o estresse no ambiente de trabalho. Além disto o trabalho, qualquer que seja ele, requer tempo para sua execução e, muitas vezes, ele é priorizado, em detrimento do tempo requerido para o autocuidado e para a realização do tratamento adequado das doenças que afetam a população adulta. Isto claramente dificulta a adesão medicamentosa (FIGUEIREDO, N. N. ; ASAKURA, 2010).

4.2 FATORES QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA ANTI-HIPERTENSIVA

4.2.1 O uso dos medicamentos *versus* a não adesão

Nem sempre a utilização de medicamentos ocorre de forma tranquila e segura. Este sentimento de insegurança surgiu na fala dos entrevistados. Demonstraram medo de fazer uso dos medicamentos prescritos. Parte desse sentimento é proveniente do conhecimento científico e/ou popular previamente adquirido a respeito dessas medicações. Outra parte, surge da própria observação das diversas reações que o medicamento pode provocar no organismo (alergias, mal-estar, tontura etc.) e até mesmo prejuízos a sua vida social, que podem ou não ser realmente atribuídos ao uso dos medicamentos.

A fala de E9 ilustra a insegurança com relação às reações adversas e mesmo à decisão de alterar a posologia do medicamento e, com isso, não aderir de fato ao cuidado medicamentoso:

Eu comecei tomando o maleato de enalapril mas eu não tomava em horários regulares, aí comecei...me dá uma tosse...reclamando de tosse, tosse...tá tossindo, não sabia por quê. (E9)

As limitações provocadas, sobretudo no convívio social, pelo uso de diuréticos foram assinaladas por vários entrevistados. O aumento da diurese, efeito esperado com o uso da droga, pode ocorrer em momentos inoportunos e também interfere na utilização do medicamento. É o que diz E8.

Ah, eu só...Só tomo assim...Eu não posso tomar se eu for viajar porque aí...Eu vou no banheiro quase toda hora, né..." Que ele faz urinar...tenho a urina solta, ele faz urinar muito..." Se eu for assim, por exemplo, num lugar que eu vou e volto logo, aí eu tomo, mas se eu for num lugar que eu, eu tenho que demorar eu num tomo não. (E8)

Posturas mais radicais são tomadas. Este é o caso de E6 que, diante de uma reação adversa, suspendeu o medicamento.

Ah que é...eu tomei o...tem um...anlodipina eu fui tomá, não me dei, fiquei toda inchada, não me dei com ele...Aí eu parei de tomar, aí eu não inchei mais até hoje. (E6)

Cada usuário hipertenso, embora compartilhe a mesma doença, possui um corpo físico único, que lhe confere características próprias, especiais. Assim, a mesma doença se manifesta de formas diferentes em cada usuário. Também o cuidado medicamentoso pode provocar reações e incômodos diferentes em cada usuário, por isso ele deve ser bem elaborado, considerando aspectos individuais como possíveis alergias, presenças de outras doenças associadas, a idade e a etnia do usuário, entre outros. Tais reações podem ser ignoradas ou consideradas mínimas para o médico, frente ao sucesso terapêutico alcançado, mas para o usuário hipertenso pode gerar uma enorme limitação, inclusive com interferência em sua vida social. Como afirmaram Magalhães e Carvalho (2001) as reações adversas a medicamentos podem afetar negativamente a qualidade de vida das pessoas e trazer inúmeros prejuízos.

A falta de informação adequada sobre os efeitos adversos aos medicamentos é uma realidade bastante frequente. Raramente as pessoas que procuram o serviço de saúde para tratar qualquer tipo de doença, recebem orientações satisfatórias sobre quais efeitos nocivos o uso do remédio pode provocar em seu organismo. As pessoas são surpreendidas pelos efeitos e, por vezes, se desesperam quando se deparam com alguma reação adversa. Cabe ao profissional de saúde, em especial ao médico, informar claramente ao usuário hipertenso quais desconfortos e reações, pelo menos as mais comuns, que podem ocorrer com o uso das medicações prescritas. Quando tranquilizados, os usuários não apresentam temor

excessivo e insegurança em relação ao uso desses fármacos e saberão quais atitudes tomar frente ao surgimento de tais efeitos.

Para que o diálogo e o esclarecimento sobre os usos dos medicamentos ocorram, é necessário fortalecer o vínculo com o usuário hipertenso e utilizar uma linguagem clara e acessível, de fácil entendimento. O vínculo ajuda na compreensão dos sofrimentos que são decorrentes da vivência e ao mesmo tempo responsabiliza o profissional de saúde pela própria manutenção da existência do usuário hipertenso sob seus cuidados (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

O vínculo fortalecido entre médico e usuário permite que o profissional de saúde se interesse genuinamente pela vida do usuário, conheça suas doenças associadas ao quadro hipertensivo, sua atividade laboral, entre outros. Isto ajuda na escolha terapêutica, que deve ser compartilhada com o usuário hipertenso. O profissional não deve ter seu foco direcionado apenas na doença, mas para o cuidado integral ao usuário. O médico ao escolher um medicamento anti-hipertensivo, deve pautar-se em critérios clínicos, mas não de maneira exclusiva.

Atuar nesta perspectiva induz o médico a rever seus posicionamentos, inclusive com relação ao cuidado proposto. Um usuário hipertenso que trabalha como motorista de ônibus e que realiza viagens de longo percurso não deve ter em sua prescrição uma medicação diurética como primeira escolha terapêutica, mesmo que esta seja bem indicada do ponto de vista clínico. Da mesma forma que um usuário hipertenso, com constante edema de membros inferiores, devido a um quadro de varizes de grosso calibre, não deve se beneficiar com o uso de uma medicação como a nifedipina ou anlodipina, capaz de intensificar edema de tornozelo. Utilizar o captopril e o enalapril em um fumante, não seria também uma boa escolha, posto que pode piorar sua tosse crônica.

Para evitar os efeitos negativos advindo do uso de um medicamento, o médico também pode associar outra droga com interações farmacológicas positivas. Em seu estudo Sehn *et al.* (2013) salientaram que uma interação medicamentosa benéfica é aquela capaz de reduzir as reações adversas, aumentar a eficácia de alguma das drogas utilizadas, permitir a redução de doses obtendo o mesmo efeito ou promover um aumento da adesão medicamentosa.

Além dos efeitos adversos produzidos pela utilização dos medicamentos os entrevistados apontaram outros fatores que interferem na decisão de abandonar o tratamento ou de mudar a sua forma de administração. A quantidade excessiva de

medicamentos a ser ingerida foi identificada e surgiu na fala de E19 quase como um lamento.

...eu tomo tanto remédio...É muito remédio que eu tomo. (E19)

O usuário hipertenso, em particular o idoso, costuma ingerir muitos tipos de medicamentos, várias vezes ao dia. Com o passar dos anos, a tendência é que ocorra o surgimento de outras condições clínicas associadas ao quadro de hipertensão, como a obesidade, o diabetes, as dislipidemias. Tudo isto colabora para que haja uma elevação mais intensa dos níveis pressóricos e isto requer a associação de várias drogas com diferentes modos de ação, para que os níveis pressóricos se mantenham adequados. Além disso, as demais doenças que vão surgindo muitas vezes necessitam da prescrição de medicamentos próprios. Esta prática se constitui em um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas interações medicamentosas malélicas e reações adversas, ao mesmo tempo em que contribui para a não adesão à terapia medicamentosa (MELGAÇO *et al.*, 2011).

Fazer uso excessivo de medicamentos é complicado para o usuário hipertenso. Demanda atenção constante ao horário de tomada das diversas medicações e cuidado para não confundir as medicações que estão sendo usadas. Isto exige que o usuário hipertenso, principalmente o idoso, tenha uma boa memória e possua uma boa capacidade de enxergar. A polifarmácia é uma situação muitas vezes constrangedora para este usuário, que frequentemente está sendo lembrado de sua condição de fragilidade, de doente crônico. A polifarmácia também interfere na vida social, pois onde quer que vá, o usuário tem que levar diversos remédios e isto gera curiosidade em outras pessoas e, até mesmo comentários negativos sobre sua condição de saúde e o consumo excessivo de remédios.

Para aliviar a necessidade de ingestão de vários comprimidos ao mesmo tempo, evitando o desconforto ao usuário hipertenso, alguns médicos têm adotado em suas prescrições o uso de terapêutica combinada anti-hipertensiva, que reúne em um único comprimido vários princípios ativos ou fármacos diferentes. Infelizmente os medicamentos disponibilizados pelo SUS não vem em apresentações combinadas, exigindo quando necessário, que o usuário hipertenso tome remédios de diferentes tipos, várias vezes ao dia, dificultando a adesão ao cuidado medicamentoso (DOSSE *et al.*, 2009).

A prescrição médica deve ser reavaliada periodicamente, pois quando cessada ou em processo de resolução de alguma doença associada ao quadro hipertensivo, muitas vezes, é possível retirar algum fármaco ou reduzir sua dose. Nos casos em que não for possível alterar a prescrição excessiva de medicamentos, explicar ao usuário hipertenso a necessidade do uso de cada droga é fundamental, para que este perceba a importância da terapêutica medicamentosa, não interrompendo seu uso.

Alguns entrevistados evidenciaram que, por vezes, interrompem o uso do medicamento quando vão ingerir bebida alcoólica. As crenças populares em reações graves ou na ocorrência de óbito decorrente dessa mistura geram medo e, diante deste sentimento, os usuários optam por suspender o uso dos medicamentos prescritos ou alteram a sua posologia. Foi o que retratou o E20.

...aí os dias que eu bebo eu não tomo a medicação. Se eu for beber à tarde ou à noite, eu tomo remédio só de manhã. Aí a noite eu não tomo a medicação. (E20)

O consumo de anti-hipertensivos e álcool, seja este último leve, moderado ou intenso, traz consigo uma preocupação constante aos usuários hipertensos: as possíveis reações graves ou fatais geradas por essa mistura. Os usuários hipertensos em sua grande parte, acreditam que essa associação pode levar a morte ou trazer grandes prejuízos à saúde. Embora tais usuários apresentem tendência a modificar a posologia ou abandonar o uso dos medicamentos anti-hipertensivos com a finalidade de evitar as reações, tais interações farmacológicas não existem. Ou seja, o consumo de anti-hipertensivo e bebida alcoólica simultaneamente não causam danos permanentes ou óbito, cabendo aos profissionais médicos desmistificarem essas crenças (MACIEL, 2012).

O consumo de bebida alcoólica é uma prática comum e amplamente aceita em nossa sociedade. O consumo do álcool está associado à sensação de prazer, diversão e liberdade e na população hipertensa esses sentimentos não são diferentes. A bebida tem o poder de promover relaxamento e facilitar a socialização das pessoas. Em comunidades de baixo poder aquisitivo, muitas vezes, os bares e pequenos botecoins são as únicas fontes de lazer disponíveis e acabam assumindo um papel maior de destaque dentro desse contexto. Proibir o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente nestas circunstâncias, é uma tarefa difícil. O consumo eventual de

bebida alcoólica em baixas doses, não é nocivo ao usuário hipertenso, posto que, nestas condições, o álcool pode apresentar até um efeito hipotensor e relaxante (AMOEDO; LIMA, 1996).Entretanto, devido ao risco do consumo excessivo o uso deste tipo de bebida não deve ser incentivado pelos profissionais de saúde. Doses moderadas ou elevadas de bebidas alcoólicas podem contribuir para a elevação dos níveis pressóricos.

Frente a essa realidade, os profissionais de saúde devem aconselhar ao usuário a não interromper o cuidado anti-hipertensivo mediante o consumo de bebidas alcoólicas. Se o usuário não bebe, deve aconselhá-lo a não iniciar este tipo de consumo, visando a obtenção de controle pressórico satisfatório. Caso o usuário hipertenso aprecie este tipo de bebida, o médico deve aconselhar seu consumo em doses mínimas, somente em ocasiões especiais. Em situações nas quais o usuário já faz uso nocivo ou demonstra relação de dependência a bebida alcoólica, o médico deve oferecer apoio, cuidado medicamentoso necessário e traçar junto com os demais membros da equipe de saúde, um projeto terapêutico singular que envolva a participação de vários profissionais como psicólogos e psiquiatras e de grupos de autoajuda presentes na comunidade, a fim de auxiliar o usuário no combate ao vício. A equipe de saúde pode ainda, junto com o usuário hipertenso e sua família, procurar outras formas de diversão e lazer disponíveis na comunidade como caminhadas ao ar livre, dança, atividades físicas e outras práticas recreativas.

Além dos aspectos evidenciados, a leitura da bula surgiu como fator que interfere na adesão ao tratamento. A leitura de bulas farmacêuticas é geralmente recomendada porque contribui para aumentar o conhecimento a respeito da medicação, apoiando o uso racional dos medicamentos. Porém, muitas vezes a leitura da bula pode provocar dúvidas e incertezas levando a não adesão ao cuidado medicamentoso. A fala de E8 é emblemática.

Eu leio a bula. Se eu ver que um remédio vai me fazer bem aí eu tomo, senão, eu não tomo não. (E8)

A dificuldade de compreender corretamente as informações e orientações contidas na bula, em particular aquelas referentes às reações adversas contribui para a não adesão ao cuidado medicamentoso. O usuário ao ler todas as informações sobre as reações adversas contidas na bula sobre determinado fármaco, não tem conhecimento sobre a raridade de ocorrência de alguma delas e tendem a crer que

são passíveis de se manifestarem em seu corpo. Este campo da bula é muito complexo e constantemente gera erros de interpretação e temor nos usuários. Este temor pode ser minimizado se o usuário for devidamente esclarecido pelo médico sobre os riscos e benefícios de usar a droga anti-hipertensiva, frente a realidade da sua doença e da possibilidade de complicações decorrentes do uso do medicamento (SOUSA, J. P. R.; GARCIA; GONÇALVES JÚNIOR, 2014).

Outra prática bastante comum dos usuários hipertensos é a substituição dos medicamentos alopáticos por chás e ervas medicinais. Os tratamentos caseiros, a base de ervas e chás são, muitas vezes, frutos da sabedoria popular, repassados entre familiares, amigos e demais pessoas da comunidade da qual o usuário faz parte. Tais recomendações, oriundas de pessoas próximas confere elevado grau de confiabilidade, desta forma de tratamento, para o usuário. Por vezes, esta prática que deveria ser complementar e auxiliar o cuidado tradicional, acaba assumindo um papel antagônico, dificultando a adesão ao cuidado medicamentoso, como relatado por E6.

...É maracujá, erva doce...É funcho... porque ajuda a baixar a pressão um pouco. Não...eu não gosto de misturar não...aí, no caso, se eu tiver que tomar ...não é bom misturar. É...só quando eu tomava chá era só chá mesmo. Ai eu não gosto, nunca misturei não, que como os antigo fala, não é bom mistura chá com remédio. (E6)

Esta substituição também pode ser estimulada pela dificuldade em adquirir o fármaco indicado. O entrevistado E7 expressa esta realidade.

Ah, de vez em quando a gente toma um chá de chuchu, folha de chuchu, alpiste, diz que abaixa, né? Já tomei...Bom, eu tomava o chá quando eu não tinha o remédio né, aí eu fazia o chá... (E7)

O tratamento à base de ervas não deve ser visto de forma preconceituosa pelos médicos. G. A. D. Lopes *et al.* (2010) defenderam que a medicina popular não deve ser vista como uma vilã, pois toda a sabedoria milenar representa um valioso recurso terapêutico, uma vez que grande parte da população vive em condições miseráveis e de abandono do poder público, sem acesso a cuidados médicos científicos e sanitários apropriados.

Entretanto, os usuários que utilizam chás caseiros com efeitos anti-hipertensivos estão sujeitos a riscos, como a toxicidade decorrente do uso das ervas e plantas e interações medicamentosas indesejáveis. Todo médico deveria ter conhecimentos básicos sobre fitoterapia para poder auxiliar e orientar os usuários em

suas escolhas, mas nem sempre esse tema faz parte da formação essencial desse profissional. Como foi recomendado por G. A. D. Lopes *et al.* (2010) a indicação do uso de plantas medicinais para o tratamento anti-hipertensivo deve ter embasamento científico, para que os usuários não sejam prejudicados, principalmente devido a toxicidade de algumas plantas.

O uso do tratamento caseiro fitoterápico para hipertensão ainda é um tema bastante polêmico. Segundo Carneiro (2014) esta prática não apresenta os mesmos resultados que o uso correto da medicação alopática e, ainda, contribui para afastar o usuário do serviço saúde. Usuários que utilizam chás como forma exclusiva de tratamento somente procuram as Unidades Básicas de Saúde quando se sentem mal, não agendando consultas regulares para acompanhamento e renovação de receitas, perdendo assim, a oportunidade de verificar seus níveis pressóricos regularmente. A autora esclarece que na maioria das vezes, quando esses usuários hipertensos buscam os serviços básicos de saúde, são direcionados aos serviços de emergências devido aos elevados níveis tensionais, gerando internações potencialmente evitáveis.

Questões desta natureza, usar ou não medicamentos caseiros, exigem o bom senso de médicos e usuários hipertensos. A decisão da melhor opção terapêutica deve ser traçada em conjunto, analisando os prós e contras de cada caso. Não se deve perder de vista o contexto no qual o usuário hipertenso está inserido, pois não faz sentido exigir que ele realize determinado tratamento que não se encontra disponível e o qual ele não tenha meios de obter.

A hipertensão é uma doença crônica, que até o momento, não apresenta cura descrita na literatura médica, mas sim tratamento permanente. Entretanto, muitos usuários hipertensos apresentam medo de fazer uso contínuo da medicação, pois acreditam que esse fato possa lhes trazer prejuízos à saúde. Todo medicamento carrega consigo a possibilidade de gerar reações adversas e de provocar algum efeito indesejado, mas o ato de prescrever corretamente qualquer medicamento leva em conta os riscos e benefícios de sua utilização. Esse temor está expresso no relato de E6.

Não, eu fiquei assim...Preocupada porque tinha que tomar o remédio e eu tinha medo de tomar remédio...É porque eu achava que ia ter que tomar o resto da vida...! (E6)

Os usuários hipertensos reconhecem que os remédios são substâncias químicas, estranhas ao seu corpo, que são consumidas não por prazer, mas por necessidade. O uso contínuo de remédios, ou seja, daquilo que não é natural ao seu organismo, acarreta o medo de que esta droga, em algum momento, possa gerar problemas. Carneiro (2014) afirma que o não esclarecimento de dúvidas no momento da consulta pode acarretar algum temor baseado na crença de que um remédio usado por muito tempo, principalmente se for tomado várias vezes ao dia, possa fazer algum mal à saúde.

4.2.2 Fatores inerentes ao próprio usuário hipertenso

A hipertensão é uma doença complexa e de difícil entendimento. Esta dificuldade também se revelou entre os entrevistados que apresentaram graus diferenciados de dificuldade para compreender o que é a doença hipertensiva, do ponto de vista médico, e de reconhecê-la como uma condição crônica, que requer cuidado permanente. Isto compromete de maneira significativa a adesão ao cuidado medicamentoso.

O total desconhecimento sobre a doença surgiu na fala dos entrevistados E5 e E15 que foram taxativos.

Bom, não sei não. (E 5)

Não sei não viu ... (E 15)

Outros evidenciam um entendimento bastante preliminar, fruto de compreensão parcial ou de valores e crenças adquiridas:

Eu...Eu...pressão alta eu entendo assim...ou é quando a gente fica nervosa, ou quando fica assim, aborrecida ou muito alegre, a pressão sobe ou ela abaixa. (E 8)

É...é...Chô vê como que eu explico...altera a o coração e aí vem as causas pior assim do coração né, eu entendo um pouquinho. (E 13)

A dificuldade com relação a compreensão da doença também ficou patente quando alguns entrevistados demonstraram não reconhecerem sua cronicidade. Este

foi o caso de E3, que quando questionado sobre quando deve suspender ou parar definitivamente de tomar o medicamento respondeu:

Não sei... (E3)

O usuário hipertenso, a seu modo, tem pleno conhecimento do que é a hipertensão arterial. É ele que sente em seu corpo, quando presente, as manifestações da doença e as limitações física e social decorrentes desse quadro. Entretanto, do ponto de vista médico, a HAS é um agravo a saúde que envolve mecanismos fisiológicos complexos, com a participação de órgãos como coração, rins e sistema nervoso, além da atuação de diversos hormônios. Por envolver tantos elementos torna-se de difícil compreensão para o leigo. Contudo, tal fragilidade no entendimento pode levar a minimização do cuidado, induzindo a não adesão ou ao uso inadequado do medicamento. Becho, Oliveira e Almeida (2017) salientam que o conhecimento insuficiente sobre a hipertensão se torna um obstáculo para que o usuário possa exercer sua autonomia em relação ao cuidado e o torna mais vulnerável aos efeitos do controle inadequado dos níveis pressóricos.

A dificuldade de compreensão da HAS e aspectos relacionados a doença como o seu tempo de duração, pode estar associado ao nível de educação formal ou analfabetismo apresentado pelos entrevistados. O baixo nível de escolaridade interfere no processo assimilação das orientações repassadas pelos profissionais da saúde sobre a hipertensão. Segundo Maciel (2012) tais orientações são fundamentais, pois atuam como uma forma de melhorar a percepção dos agravos à saúde. Conhecer o usuário, sua capacidade de compreensão e o seu nível de educação formal, é fundamental. O profissional de saúde, dentre eles o médico, deve ser responsável por fornecer explicações ao usuário hipertenso a respeito de sua doença e a respeito da terapêutica instituída e, para isto, deve considerar as deficiências na formação escolar que possam existir na vida do usuário e utilizar linguagem simples, acessível e capaz de ser compreendida pela população sob seus cuidados.

A hipertensão pode proporcionar longos períodos de ausência ou o aparecimento de poucos sintomas na vida dos usuários hipertensos que podem entender erroneamente que, nessa fase, não a possuem ou estão curados, visto que não sentem nenhuma manifestação da doença. Este sentimento pode levar ao abandono ou interrupção do tratamento, como no relato de depoimentos de E8 e E20:

Foi...foi uma época que eu fiquei...achei que a pressão tinha sarado, aí fiquei bem, não sentia nada...aí tirava a pressão tava boa, tava normal, aí eu achei que a pressão tinha sarado né...aí parei de tomar. (E8)

Não, no começo eu tratava, depois que ela deu essa estabilizada, eu relaxei também que eu achei que isso não ia voltar mais né...que não tinha mais problema... (E20)

Conviver com uma doença crônica, principalmente, quando o diagnóstico é feito na juventude, não é simples. Geralmente, os usuários hipertensos quando se apresentam assintomáticos durante o diagnóstico ou logo após este, podem assumir uma atitude de negação da doença, ou seja, uma dificuldade de se aceitar como doente e, desta forma, adiar ou até mesmo evitar o cuidado medicamentoso. O relato de E12 reflete este quadro.

... (dificuldade) para aceitar de tomar os remédios, porque eu achava que não precisava daquilo, por eu ser uma menina nova eu não precisava daquilo. (E12)

A negação da doença e o desejo de abandonar o tratamento também podem ser reflexo de diversas condições adversas vivenciadas pelo indivíduo, como a dificuldade de acesso a medicamentos e serviços (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Morais e Castro (2016) postulam que a negação atua como uma lacuna de tempo necessária para o processo de adaptação ao surgimento de uma doença. Quando um médico faz um diagnóstico de doença grave, de curso crônico ou degenerativo e o comunica ao usuário, este atravessa etapas psicológicas até haver a aceitação da doença. Essas etapas incluem a negação, a raiva/revolta, a barganha, a depressão e finalmente a aceitação da doença. A negação, que é considerada a primeira etapa do processo, surgiu na fala de E13.

Eu tive dificuldade porque não aceitava nada...Eu não aceitei não. Não quis estar doente não. Foi, foi, foi ...complicado. (E13)

Estar doente está diretamente associado ao sentir-se doente para a maioria dos usuários hipertensos. Assim, é compreensível que muitos usuários não se sintam verdadeiramente doentes, sendo portadores de HAS, uma doença perigosa, capaz de lesar órgãos internos importantes, como, por exemplo, coração, rins e olhos, mas incapaz de gerar febre, dores intensas e constante e não sendo capaz,

usualmente, de deixar o usuário hipertenso restrito ao leito, principalmente em suas fases iniciais de manifestação.

Segundo Mengue *et al.* (2016) há evidências de que a incompreensão sobre a natureza da doença hipertensiva como uma condição clínica, por vezes assintomática ou oligossintomática, leva a interrupção do cuidado medicamentoso, principalmente se nestes períodos coincidir com a normalização dos níveis pressóricos desses usuários. Pierin (1988) reforçou este posicionamento, relatando que a recusa em tomar as medicações para tratamento da hipertensão arterial é mais frequente em usuários hipertensos assintomáticos.

O desconhecimento sobre a doença e a falta de informações sobre sua gravidade relacionada às complicações clínicas, pode contribuir para que o usuário hipertenso assumira uma atitude negligente frente a sua responsabilidade com o autocuidado, dificultando a adesão ao tratamento (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Em seu comentário E3 expressa claramente esta postura

Olha, com certeza eu não tomava remédio...não tomava, não esquentava a cabeça com isso não, para mim era normal, negócio de pressão alta para mim era normal...não tomava medicação nenhuma... (E3)

No que tange às possíveis complicações observou-se um completo desconhecimento ou então uma compreensão parcial, muitas vezes distorcida, fruto do imaginário e/ou de sua percepção.

Hum ...não sei... (E2)

Eu num sei...aí pode dá ...é AVC...Pode dá um derrame. E, dá até ...pode até dá a morte porque aí a pressão vai subir muito né ...aí pode até a morte. (E6)

Sei, posso infartar, posso dar um derrame, a diabetes pode subir demais e a minha glicose descontrolar como já aconteceu comigo, eu caí na rua. (E12)

O usuário hipertenso sem possuir informações suficientes sobre a hipertensão e sua gravidade e sem perceber em seu corpo, os poucos sinais e sintomas quando estes se fazem presentes, com certeza, não saberá avaliar a importância do tratamento e, conseqüentemente, agir de forma negligente com o próprio cuidado medicamentoso. Barreto, Reiners e Marcon (2014) ponderam que a negligência com a saúde pode ter origem na ausência de informação básica sobre os riscos à saúde. Portanto, quanto maior for o conhecimento adquirido pelo usuário

sobre sua doença, maior será o comprometimento com o autocuidado, com a adesão e com o cuidado medicamentoso.

Os profissionais de saúde quando falam sobre a doença e suas consequências geralmente não o fazem de forma esclarecedora. É comum o uso dessas informações por parte dos profissionais com tom punitivo ou ameaçador, com a finalidade de causar medo nos usuários que insistem em não se tratar. É necessário que usuários hipertensos compreendam, de forma tranquila e sem receios, mas com finalidade de motivar a prevenção, a gravidade de sua doença, pois quando a hipertensão arterial não é tratada adequadamente, pode acarretar graves lesões em alguns órgãos alvos vitais (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Sentimentos negativos, susto, desesperança, apatia em relação a doença podem desmotivar os usuários hipertensos a persistirem no cuidado medicamentoso. Esses sentimentos podem surgir a partir de experiências prévias negativas. E14, E11, e E20 demonstram tais sentimentos:

Ah eu fiquei meia triste né, eu fiquei meia desanimada. (E14)

Fiquei bem agitada, com o emocional bem abalado que eu levei um susto. Porque é...É...leveei um susto. Mas agora já tô reagindo melhor. Ainda não acostumei não, mas tô reagindo melhor. (E11)

Eu achei que eu ia morrer... (E20)

O surgimento de uma doença causa diversas mudanças em nível fisiológico, psíquico, emocional e social. Essas mudanças podem se manifestar de maneira diferente em cada um dos usuários hipertensos. A percepção da doença está relacionada com as experiências individuais e/ou coletivas e, ainda, com o conhecimento prévio sobre sua própria doença, incluindo sintomas, causas, duração, evolução e possíveis consequências (GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ; MOREIRA, 2011)

O estado emocional influencia a forma como alguns se dispõem a enfrentar a HAS. Aqueles emocionalmente abalados, apáticos e com medo geralmente não conseguem o equilíbrio e a energia necessária para recomeçar sua vida após o diagnóstico de uma doença crônica como a HAS, que exige mudanças comportamentais, alimentares e o uso constante de medicamentos (GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ; MOREIRA, 2011).

Péres, Magna e Viana (2003) evidenciam que os aspectos emocionais como o nervosismo, irritação e preocupação, além de dificultarem a adesão ao cuidado medicamentoso, impossibilitam o adequado controle pressórico. Esses estados emocionais vêm sendo associados a ocorrência de problemas familiares, financeiros e a presença de contrariedades cotidianas. Barreto, Reiners e Marcon (2014) reforçaram essa posição, relatando que o comportamento aderente ao cuidado medicamentoso do usuário sofre influência da desmotivação e sentimentos negativos que levam a incapacidade de adaptar seu comportamento de acordo com a necessidade que o manejo das situações adversas exige. Essa inadaptação é decorrente de fragilidades emocionais e das baixas expectativas de se obter bons resultados com o cuidado recomendado.

Quadros de transtornos mentais também podem dificultar a adesão a terapêutica farmacológica. Usuários hipertensos portadores de transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade entre outros, apresentam características de suas doenças psiquiátricas que interferem no cuidado como um todo, inclusive atua negativamente em sua capacidade de seguir a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva proposta. Segundo Santa-Helena, Nemes e Neto (2010) a presença de transtornos mentais está fortemente associada a prática de não adesão ao cuidado anti-hipertensivo.

A fala de E4, resumida em uma única palavra, típica da pouca fala comum em usuários portadores de depressão, demonstrou esta situação. Essa usuária hipertensa foi questionada se já teve vontade de interromper ou parar o uso de medicamentos anti-hipertensivos devido ao seu quadro depressivo e respondeu:

Já ... (E4)

E16 também explicita como o transtorno de ansiedade interfere em seu tratamento anti-hipertensivo:

Não, era que eu esquecia mesmo. Eu era agitada, a agitação já fazia eu esquecer. (E16)

É comum os usuários hipertensos se esquecerem de tomar as medicações prescritas. Isso ocorre devido a diversos fatores da vida cotidiana como a atenção e o tempo dedicado ao trabalho, atividades de cuidado com a família, ocasiões especiais,

imprevistos dentre outros. Esses lapsos de memória foram descritos por alguns entrevistados:

De vez em quando a gente esquece... (E7)

...quando eu vou a alguma festa, eu não tomo o remédio. (E1)

[Esqueço]...às vezes por causa de um acontecimento de fatalidade, morte, essas coisas... (E4)

Interromper o uso do medicamento esporadicamente, principalmente em situações festivas, na maioria das vezes, não acarreta grandes problemas à saúde dos usuários hipertensos, mas apresentam o potencial de poder provocar algumas intercorrências. Nessas circunstâncias especiais, em virtude de fortes emoções, pode ocorrer o súbito de descontrole da PA e o surgimento de complicações agudas como o infarto do miocárdio e o AVE. Alguns eventos sociais podem ainda ser momentos convidativos ao consumo nocivo ou exagerado de bebidas alcoólicas e ao tabagismo, fatores que também levam a piora do quadro hipertensivo.

O esquecimento em relação à posologia das drogas pode se manifestar de duas formas, ou o usuário hipertenso deixa de ingerir a medicação prescrita, ou utiliza o remédio em excesso, pois esquece que já ingeriu previamente a medicação e volta a tomar uma nova dose do remédio por engano.

...Já aconteceu de eu tomar por esquecimento...tipo assim ...Ter que tomar um de manhã e um a noite e eu ficar na dúvida...e o da noite será que eu tomei? Será que eu tomei? Às vezes eu não tomava...ou tomava de novo, por esquecimento. (E9)

O excesso de trabalho e a falta de um tempo para se dedicar ao cuidado é causa usual desses esquecimentos e dificulta a adesão terapêutica. Em seus relatos E12 e E20 expõem esse drama sob a ótica do trabalho remunerado e do trabalho doméstico.

...Só tinha dia que esquecia né, quando eu ia tomar, já tava tarde já, porque eu saía pra trabalhar. Na época eu saía pra trabalhar eu pegava as 5 horas lá em São Bernardo, na fábrica, então eu levava o remédio na bolsa e chegava lá, naquele negócio de troca a roupa, faz isso, faz aquilo, eu esquecia. (E12)

Sim doutora, há muitos anos...Hoje em dia que eu tô tendo um pouquinho de tempo pra mim, mas não tinha não...Era muita coisa doutora...cuidar de

criança, cuidar da minha mãe que estava sofrendo na cama...no fim da contas não sobrava tempo pra mim não... (E20)

Pequenos lapsos de memória são comuns na vida das pessoas. Na maioria dos casos, esse esquecimentos podem ser corriqueiros, de origem não preocupante, pois se deve à falta de foco ou importância dada a determinada questão ou mesmo devido à sobrecarga de tarefas e preocupações e não está relacionada a quadros demenciais ou amnésias graves decorrentes de doenças de base neurológicas ou psiquiátricas.

Como referenciado os idosos são a maioria dos usuários com hipertensão arterial. A população idosa possui tendência a um leve comprometimento de sua capacidade de memorização, apresentando pequenos lapsos de memória com mais frequência. N. N. Figueiredo e Asakura (2010) atestam que é comum os idosos não se lembrarem do horário de tomar as medicações, sendo esse fator favorável a não adesão medicamentosa. O profissional de saúde deve estar atento para esta condição e solicitar apoio de outros – familiares ou não – para colaborar com o cuidado medicamentoso.

Como os hipertensos geralmente não sentem a manifestação da doença, pelo seu caráter praticamente assintomático, é comum não interromperem suas atividades laborais, mesmo com níveis pressóricos elevados. Segundo Maciel (2012), os trabalhadores não costumam se comprometer com a terapêutica anti-hipertensiva porque a HAS raramente apresenta sintomas e, ainda por se considerarem doentes somente quando são impossibilitados de realizar suas tarefas laborais, dormir, comer ou quando apresentam dificuldades em realizar tarefas cotidianas. Daniel e Veiga (2013) afirmam que o trabalho pode estar vinculado a presença de obrigações, responsabilidades, cumprimento de horários e deveres que fazem o trabalhador formal ou informal renunciar a seu autocuidado e negligenciar a importância do tratamento anti-hipertensivo. N. N. Figueiredo e Asakura (2010) também identificam a falta de tempo como um fator limitante da adesão medicamentosa em adultos.

Por outro lado, as atividades domésticas, embora não remuneradas, são contínuas e envolvem além de tarefas extenuantes enorme sobrecarga emocional. O tempo dedicado excessivamente a família e aos afazeres domésticos podem prejudicar de modo significativo o autocuidado e acarretar esquecimentos relativos ao uso correto das medicações anti-hipertensivas (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

A automedicação e alterações na posologia realizadas pelo usuário hipertenso foram expressas nas falas de alguns entrevistados. Por vezes a mudança na posologia é intencional, ocorre somente por comodidade. Uma maneira do usuário se adaptar ao uso do medicamento sem prejuízo a realização de suas atividades diárias.

Não, num fiquei sem tomar ...diminui a quantidade ... (E2)

Não...Posso até mudar os horários mas suspender não... (E4)

Em outros casos, a mudança da posologia prescrita não é intencional, mas ocorre porque o usuário hipertenso não compreendeu a forma correta de utilizar a medicação. É o que diz E6.

...agora o horário ficou meio descontrolado e eu tenho que regular, até vou perguntá né a médica como é que toma direitinho, os horários, porque eu sou danada pra errá os horários...a gente vamos supor, eu tomo o remédio de manhã, se eu tomar 10 hora depois eu não sei que hora eu vou tomar o outro a noite, ai eu fico...enrolada. Tomá...eu não sei como que tomá, se é 9 hora, se é 9 da noite que toma...Aí, tinha que saber isso ...Eu queria só sabe os horários certinhos que eu tenho que tomar, que eu, eu acho que se eu tomar errado, eu sinto que vou passar mal. (E6)

Há ainda casos em que o usuário, pela dificuldade de aquisição dos medicamentos, fraciona os comprimidos ou reduz o número de doses das medicações com o objetivo de economizar os remédios para que durem mais tempo.

Eu já fiz isso...Eu fiz isso mas não deu reação não...não senti nada, ficou normal...é pra durar, porque tava em falta no posto é ...aí não tinha nem na popular...aí que que eu fiz, eu diminui ...tomei né...eu disse ai, meu Deus minha pressão vai subir né...Mas Deus ajudou que não subiu não. (E5)

A automedicação é comum entre os usuários hipertensos. Quando sentem algum desconforto físico e o atribuem ao quadro hipertensivo, costumam se medicar por conta própria. O mesmo acontece quando realizam a aferição da pressão, em ambiente externo aos serviços de saúde, e a pressão se mostra em níveis elevados. Os relatos de E5 e E12 são ilustrativos destes posicionamentos.

...às vezes começa a suar...eu sinto que a pressão tá alta e eu tomo dois...O losartam eu tomo um de manhã, se eu vê que a pressão tá alta eu tomo dois, se eu ver que tá normal aí eu tomo um só. (E8)

Eu meço primeiro antes de tomar o remédio pra não tomar em excesso, mas se está alta ...Aí eu tomo né, um comprimidinho de losartana. (E12)

Já E5 relata que já utilizou medicamentos sem a orientação médica.

Ah, eu já tomei durante um ano mais ou menos... . Meu filho tomava losartana e eu tomava...pegava na receita dele ...não consultava não...eu tomei sim...Não sei se o remédio era pra mim, eu tomava o remédio que vinha um montão... (E5)

A utilização de medicamentos sem a orientação médica também ocorre quando o usuário tem acesso a medicamentos doados.

Às vezes eu pedia uns outros, que assim, outra pessoa que toma remédio ...Parava, num tava tomando mais e passava pra mim. (E6)

A hipertensão arterial, por possuir vários mecanismos fisiopatológicos em sua gênese, pode ser tratada por vários fármacos que atuam por processos distintos. Práticas como as de E5 – que utiliza o medicamento prescrito para o filho -, e E6 – que solicita remédios de pessoas que pararam de tomar – podem ser extremamente prejudiciais à saúde. No caso de E6, além do risco de ingerir um medicamento que pode não ser o indicado para ela, assim como no caso de E5, também pode estar diante de um remédio que não foi devidamente armazenado e/ou com o prazo de validade vencido.

A automedicação é um problema sério no Brasil. No país, pelo menos 35% dos medicamentos são consumidos através da automedicação ou seja, a cada dois medicamentos corretamente utilizados, um é utilizado sem a mínima orientação médica, sendo muito frequente o reaproveitamento de receitas antigas (MELO, D. O.; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006). Esta prática, embora demonstre uma grande importância atribuída ao uso do medicamento por parte dos usuários hipertensos, os expõe a riscos diversos. O uso de medicamentos que potencialmente podem gerar reações adversas, o surgimento de interações medicamentosas, o uso de fármacos contraindicados, o uso de subdoses ou doses exageradas que comprometem a qualidade do cuidado medicamentoso, a utilização de medicamento estocado em péssimo estado de conservação e fora da data de validade compreendem os riscos derivados da automedicação. Geralmente a automedicação é incentivada por amigos, familiares e pessoas de grande estima e confiança. Como descreve Arrais *et al.* (1997)

a escolha dos medicamentos na automedicação é baseada em opinião de leigos em 51% e em prescrições anteriores em 40% dos casos.

Os dados revelam que a modificação da posologia das drogas prescritas e a automedicação são bastante frequentes entre os entrevistados. Esta prática acontece na tentativa dos usuários se protegerem, a sua maneira, de possíveis agravamento do quadro hipertensivo e de outras complicações. Além disto é estimulada por possíveis facilidades de acesso, como o caso da doação e troca de medicamentos entre amigos e familiares que possuem o diagnóstico de hipertensão.

Por se tratar de uma comunidade de baixa renda, com baixo nível de escolaridade e sendo a maior parte dos usuários hipertensos idosos, o médico deve estar atento a essas questões. O profissional da saúde, em particular o médico e o farmacêutico devem esclarecer o usuário como administrar a medicação, em que intervalo de tempo, por quanto tempo e como proceder em relação ao armazenamento da medicação e a data de validade. Todas essas informações quando fornecidas, fazem grande diferença na vida dos hipertensos. Ao prescrever também é recomendado que o médico anote a hora de tomada das medicações e não o intervalo de doses. Isto facilita a compreensão dos usuários, principalmente daqueles que possuem dificuldade para cálculos matemáticos por deficiência na formação escolar.

Outro ponto que dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso é baixo poder de compra de medicamentos pelo usuário, devido aos escassos recursos financeiros. A fala de E7 ilustra bem esse caso

Já fiquei também sem o remédio por falta de dinheiro né. Não ter no posto e não ter o dinheiro pra comprar. (E7)

Os usuários hipertensos pertencentes a comunidades mais pobres geralmente usam as medicações que são ofertadas gratuitamente nos serviço público e nas farmácias populares. Quando o usuário hipertenso, em particular os que apresentam quadros mais severos da doença, não responde bem do ponto de vista do controle pressórico ou não se adaptam ao uso dos medicamentos disponíveis no SUS, ou ainda, quando não encontram esses medicamentos nessas farmácias, eles necessitam comprar os remédios para manterem seus níveis pressóricos adequados e desta forma diminuir a morbimortalidade cardiovascular relacionada a HAS. Diante da dificuldade de obter recursos financeiros para a compra de medicamentos, o usuário acaba por não seguir a terapêutica medicamentosa prescrita. Também com

relação a este aspecto, cabe ao profissional prescrever medicações apropriadas, porém é fundamental levar em consideração o custo benefício da droga para garantir que o usuário tenha a chance de adquirir, quando necessário seus medicamentos anti-hipertensivos.

Além de todos os aspectos evidenciados neste item – fatores inerentes ao próprio usuário -, mais um merece atenção. Trata-se da influência da religiosidade no processo de adesão à terapia medicamentosa. Quanto a este aspecto todos os entrevistados afirmaram possuir uma religião específica, sendo que a maioria ressaltou os efeitos positivos e outros, em menor número, não estabelecem nenhuma relação entre fé e cuidado medicamentoso.

Entretanto um entrevistado sugeriu que a fé pode atuar de maneira inversa favorecendo a não adesão ao cuidado medicamentoso, comentando que seu líder religioso orienta que o serviço de saúde só deve ser acionado em último caso.

...Deus, Jesus pode curar, às vezes se for da vontade deles, se não for tem que passar pelo médico... .

Discutindo sobre a relação entre religiosidade e doença J. B. Faria e Seidl (2005) admitem que a fé desempenha um papel importante no combate às situações adversas, do ponto de vista físico e emocional, provocadas pelo adoecimento. Contudo, chamam a atenção para alguns aspectos que podem dificultar o enfrentamento das doenças dentre eles a não adesão a práticas de prevenção a doenças, e o positivismo exagerado fazendo valer a crença de que a fé o protegerá de todo o mal. Tais convicções dificultam a adesão ao cuidado farmacológico e promovem a visão negativa da doença, compreendida como um castigo merecido decorrente de culpa por práticas mundanas.

Apesar de somente E18 ter evidenciado este papel obstacularizador da fé em relação à adesão do usuário é importante o profissional estar atento às questões referentes à religiosidade dos usuários no contexto da saúde. No caso de E18 a buscar tardia aos serviços médicos e a terapia medicamentosa, poderá significar um agravamento do seu quadro de saúde e poderá gerar dificuldades na manutenção do cuidado medicamentoso.

4.2.3 Fatores relacionados ao acesso à medicamentos e serviços

A dificuldade para adquirir as medicações nas farmácias de UBSs e na Farmácia Central do SUS ou em Farmácias Populares, por escassez ou falta dos medicamentos, originadas por dificuldades no fornecimento/distribuição de medicamentos constitui um importante fator para a não adesão medicamentosa. Esses obstáculos podem ser verificados nos relatos de E7 e E15.

...de vez em quando não tem os medicamentos né porque eles não mandam né pro posto, igual agora que tá faltando remédio de pressão...E não tenho né... (E7)

Aqui tem faltado bem, a gente vem aqui não tem, tem que comprar. (E15)

A grande maioria dos usuários hipertensos fazem uso do cuidado medicamentoso e sua indicação por parte dos médicos tem sido cada vez mais frequente. Tal cenário é indicativo de que grande parte dos diagnósticos de HAS é feito tardiamente, haja vista que geralmente no estágio I da hipertensão, em usuários hipertensos sem outras doenças associadas, se preconiza a mudança no estilo de vida, através da instituição do cuidado não medicamentoso como primeira a escolha terapêutica. Apesar desta constatação é importante salientar que o número elevado de prescrições de medicamentos também pode estar associado a uma prática médica de privilegiamento desse tipo de cuidado. Segundo Mengue *et al.* (2015) muitas vezes, sabendo da resistência de grande parte dos usuários em relação a mudanças alimentares e de hábitos de vida, o profissional evita propor o cuidado não medicamentoso, fato que traz enorme prejuízo à saúde do usuário, posto que as duas formas de cuidado deveriam ser complementares.

Como a hipertensão acomete sobretudo a população mais empobrecida, em especial os idosos fica evidente que a maioria necessita obter seus medicamentos de forma gratuita. A pouca quantidade de medicação ofertada, a irregularidade no fornecimento dos medicamentos e as longas filas para o recebimento dos remédios demonstram o enorme abismo, a grande diferença entre o SUS legal e o SUS real, retratando as dificuldades de assegurar o direito constitucional à saúde aos usuários do SUS (PAULA, 2008).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde também favorece a não adesão à terapia medicamentosa. E o que diz E20:

...Quando tem que vir de madrugada, marcar consulta pro médico, pra depois voltar cá, buscar...eu não conseguia fazer isto...É...foi na época que eu cuidava da minha mãe, se eu viesse de madrugada eu não tinha ninguém pra ficar com ela, eu tinha que vir só à tarde pra consulta e foi a época que eu abandonei o tratamento. (E20)

As unidades básicas de saúde devem funcionar como uma das portas de entrada ao sistema de saúde. Entretanto, questões como o horário de funcionamento, número insuficiente de profissionais, falta de recursos físicos e materiais dentre outros, acabam por obstaculizar o acesso aos serviços de saúde. Ao se reportar sobre as dificuldade encontradas pelos usuários para acessar os serviços de saúde Ibanez *et al.* (2014) provocam uma reflexão sobre universalidade e integralidade da atenção prevista no SUS, que na realidade não se concretizam, esbarrando em diversos pontos, dentre eles os que "bloqueiam" o acesso aos serviços.

A obrigatoriedade de participação em grupos educativos destinados ao público hipertenso ou da inscrição em Programas como o HIPERDIA, como forma de pré-requisito ao acesso a consultas e a medicação, também interfere na adesão à terapia medicamentosa na medida que também dificulta a acessibilidade.

A fala de E9 demonstra a dificuldade de obter os medicamentos pois não estava cadastrada no programa HIPERDIA da UBS.

É ...por muitos anos eu comprei, eu tive de comprar porque eu não tinha me inscrito nesse Programa da...do SUS né. "...Na época, se você não tivesse inscrita não pegava a medicação... (E9)

Grupos educativos se constituem em espaços de troca de conhecimento, experiências, de socialização. Espaços que podem fortalecer o usuário no processo de cuidado à sua condição de saúde. Oliveira *et al.* (2011) argumentam que as práticas educativas podem motivar a adesão ao cuidado anti-hipertensivo, principalmente quando realizada por uma equipe multiprofissional, capaz de compartilhar os saberes. A realização constante de ações educativas e o incentivo ao autocuidado, favorecem os vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, fortalecendo a adesão medicamentosa. Mas para que possam atingir suas finalidades,

o grupo deve ser formado por usuários motivados e que realmente desejem e possam participar.

Os grupos educativos possuem como objetivo não somente orientar sobre doenças, mas discutir sobre as formas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Como mencionado o diagnóstico da HAS muitas vezes é realizado de forma tardia e este "atraso" pode estar relacionado com a carência de práticas adequadas de prevenção e promoção da saúde. A dificuldade no desenvolvimento de tais práticas está relacionada a limitações físicas como espaço inadequado na UBS, carência de recursos humanos, alta demanda por atendimento clínico, mas também pela falta de "sensibilidade" da equipe de saúde construída sobretudo pelo processo de formação profissional que ainda hoje prima por uma formação baseada na reabilitação, na cura da doença. A falta de *sensibilidade* também está presente nos gestores da saúde que por motivos diversos – econômicos, políticos, ideológicos e também de formação – pouco valorizam práticas educativas, priorizando e cobrando das equipes ações de atenção individual e curativista.

Outro ponto a ser destacado é que muitas vezes os grupos, e neste caso se encontram os direcionados aos usuários hipertensos, são criados para atender a uma necessidade da equipe de responder a uma demanda vinda da gestão nacional do SUS, produzida por técnicos que padronizam ações não considerando as particularidades e reais necessidades das populações as quais são direcionadas. Não é arriscado dizer que são grupos do serviço e não dos usuários, a princípio os principais beneficiários destas ações.

Mesmo considerando a importância das práticas educativas, a obrigatoriedade da participação pode dificultar adesão ao cuidado medicamentoso. Isso porque o usuário não se sente pertencente àquele espaço que foi criado a sua revelia para atender interesses de outros e tende a evitar participar dos grupos e com isso restringir sua acessibilidade a consultas e medicamentos.

Sob este ponto de vista é importante que as práticas educativas sejam discutidas e definidas com a participação dos usuários. Eles devem ser os protagonistas e não a equipe. Para tanto é fundamental garantir tempo, espaço físico, capacitação e apoio pedagógico para que os profissionais possam assumir seu papel de educadores em saúde, capazes de informar, comunicar, esclarecer, trocar conhecimentos e experiências e reconhecer o usuário como o centro de sua atenção.

4.2.4 Fatores alusivos à relação profissional X usuário.

A linguagem demasiadamente técnica, erudita e o pouco tempo destinado às consultas, principalmente nos serviços públicos de saúde, são fatores que dificultam a comunicação adequada entre profissionais da saúde, em particular entre médicos e usuários. A consequência imediata é que esta comunicação se torna "truncada" ocasionando não compreensão, por parte dos usuários, do que é a HAS, da sua condição crônica e de suas complicações. Como já referenciado o desconhecimento sobre a hipertensão e suas implicações na saúde influencia no processo de não adesão ao cuidado medicamentoso. Na fala de E2 e E13 fica evidente que ocorreram problemas na comunicação, que o profissional não soube esclarecer o quadro de saúde dos usuários.

Não, não explicou não. (E2)

Não, somente receitou a medicação. (E13)

A comunicação também fica prejudicada pela escrita e ocorre principalmente pela letra ilegível dos médicos, conforme descrevem E 3, E 7 e E9:

Olha, algumas coisas eu entendo outras porém já não entendo que é uma letra que só eles mesmo entende... [risos] (E3)

Por causa da letra do médico sim (risos).É muito difícil tem uns que escreve né que você não entende nada, então... (E7)

Ah, já, por diversas vezes já, tinha que volta no médico, pergunta pra ele e o médico ainda brigava comigo né assim, já aconteceu várias, inúmeras vezes e acontece até hoje porque tem um médico...situações que não dá pra ler não. (E9)

É usual a queixa dos usuários hipertensos em relação a dificuldade de compreender o conteúdo de relatórios médicos, laudos, receituários e solicitação de exames devido a incapacidade de ler o que foi escrito pelo seu médico. Se a comunicação através da fala é insuficiente, a realizada através da escrita também não cumpre o seu papel. A caligrafia médica ilegível pode dificultar o usuário a obter a medicação prescrita nas farmácias, aumentando o risco da troca de medicamentos e pode dificultar o entendimento da forma de uso e das doses dos fármacos. Barbosa e

Lima (2006) em um estudo semelhante num ambulatório de geriatria, referiram que 80% dos usuários participantes da pesquisa relataram não compreender a letra do médico e 40% relataram não compreender o conteúdo do receituário. A prescrição e informações passadas por escrito, com letra legível e utilizando vocábulos de fácil compreensão também contribuem para uma melhor adesão ao tratamento (DANIEL; VEIGA, 2013).

A dificuldade de comunicação não se restringe apenas em não prestar informações claras sobre a hipertensão e em não se fazer legível na escrita, mas também nas formas inadequadas de orientações transmitidas aos usuários hipertensos. As falas de E2 e E9 refletem essa dificuldade:

...num chega a falar mas pela receita a pessoa sabe... (E2)

...Só me mandaram tomar, eu me lembro que na época, eu comecei tomando é o ...como que chama...é o...maleato de enalapril de 10 mg, eu tomei por muitos anos. (E9)

O processo de comunicação médico/usuário é imprescindível para a circulação de informações, uma vez que tais informações serão incorporadas aos conhecimentos dos usuários hipertensos sobre sua própria condição de saúde. Maciel (2012) alerta que a comunicação, quando inapropriada, aparece como importante causa da não adesão ao cuidado anti-hipertensivo, por abordar a hipertensão de forma inadequada e insuficiente, não esclarecer as implicações da falta de cuidado para a saúde do usuário e, ainda, não destacar a importância da terapêutica e acompanhamento dos níveis pressóricos. Klein e Gonçalves (2005) também abordaram a questão da comunicação e asseguraram que um dos principais motivos que levam os usuários a não implementar procedimentos médicos e seguir suas orientações ou aderir a cuidados propostos é a deficiência médica ao fornecer informações. Segundo os autores as dificuldades de comunicação podem ter início no momento em que o médico solicita ao usuário hipertenso o relato de sua história e sintomas, mas falha em ouvir suas preocupações e angústias a respeito do quadro.

5 CONCLUSÃO

Seguir as orientações e prescrições médicas é fundamental para se alcançar o sucesso terapêutico esperado para cada caso, seja ele a cura, prevenção, controle ou reabilitação física. Entretanto, a taxa de não adesão ao cuidado, seja ele medicamentoso ou não ainda é extremamente elevada, tanto no Brasil quanto no mundo. Aderir de maneira adequada a um cuidado medicamentoso proposto é uma atitude extremamente difícil, pois envolve condições físicas e materiais, motivação, confiança, compreensão ao que foi proposto e muitas vezes uma mudança de postura em relação à vida.

Neste estudo o foco foi sobre as razões que motivam a decisão do usuário hipertenso a não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. Os 20 sujeitos do estudo – usuários hipertensos não aderentes -, elencaram diferentes fatores. Dentre eles destacam-se aqueles associados ao uso de medicamentos e suas ações no organismo; às questões inerentes ao próprio usuário hipertenso e a forma como se relaciona com a doença em seu dia a dia; àqueles ligados ao relacionamento com os profissionais da saúde.

A escassez de recursos, a limitação ao acesso aos serviços de saúde e a obtenção de medicamentos disponibilizados pelo SUS também foram identificadas como condições que dificultam a adesão ao cuidado medicamentoso. Vale ressaltar que a população empobrecida é mais vulnerável e geralmente apresenta, principalmente ao envelhecer, diversas doenças importantes associadas ao quadro hipertensivo o que eleva os gastos com a obtenção de medicamentos. Essa população também apresenta dificuldade de acesso a ações de promoção e prevenção à saúde, o que piora suas condições de vida.

Não desmerecendo os pontos evidenciados, a percepção de que a falta de comunicação adequada, a deficiência na forma como as informações médicas chegam aos usuários hipertensos, a falta de uma escuta adequada e a deficiência na relação médico-usuário hipertenso – aspectos que certamente permeiam os demais já referidos -, ocupam um lugar importante quando se trata de adesão à terapia medicamentosa. É o usuário que necessita ler a bula para obter informações que não são fornecidas na consulta, é aquele que desconhece as reações que o remédio pode causar no próprio corpo, é a completa desinformação sobre a doença, é a necessidade

de alterar posologias, horários porque não conseguem se adequar ao proposto, é negar a doença, é acreditar numa possível cura por se apresentar assintomático, dentre outros. Questões desta natureza revelam que não se trata de rebeldia ou falta de interesse em se cuidar, mas sim de carência de vínculo, confiança, atenção, cuidado. Nesta condição o usuário sem informações seguras disponíveis, no contato com o profissional de saúde que não faz parte do seu mundo, de sua realidade social e econômica, sente-se desprotegido. Este desamparo fortalece a busca por alternativas que muitas vezes podem agravar seu quadro de saúde como por exemplo modificar a posologia indicada. Fortalece igualmente a opção por remédios caseiros como chás, ervas que certamente têm seu valor, porém devem ser administradas com a supervisão de um profissional de saúde. Este último aspecto revela que faz muito mais sentido para o usuário hipertenso aceitar um chá caseiro de uma tia, mãe ou amigo, das mãos de alguém confiável do que ingerir uma medicação prescrita por alguém que não compreende o seu mundo, não lhe inspira confiança, mesmo que este seja um profissional de grande conceituação em seu ramo de atividade.

Apesar de existirem políticas públicas e diversas ações de planejamento voltadas para o controle, combate e prevenção dos quadros de hipertensão é necessário ir além. É urgente ultrapassar os protocolos, muitas vezes engessados e distante da realidade do usuário, e investir na relação médico- usuário hipertenso. É evidente que são necessários recursos materiais e humanos, mas torna-se imprescindível a atitude e vontade de mudança dos profissionais. São nos momentos de relacionamento com os usuários que essas ações de materializam, ou seja, ter somente recursos não basta, eles devem ser aplicados de forma correta, no momento que se faz necessário, caso contrário se tornam desperdício. Da mesma forma que acolher, humanizar o atendimento mas não contar com recursos mínimos como o acesso a exames laboratoriais básicos com certeza não irá atender à necessidade de saúde do usuário hipertenso.

Baseado na realidade descortinada pelo estudo sinalizo algumas intervenções que podem atender ao usuário hipertenso. A primeira é assegurar o acesso dos profissionais de saúde a educação permanente, com apoio pedagógico. Isto pode facilitar a comunicação do médico e demais profissionais de saúde com os usuários no momento das consultas, realização de grupos educativos, salas de esperas e outras atividades. O acolhimento e a escuta qualificada também deve ser

um prática incentivada entre os profissionais para que melhore a relação com os usuários e aumente o nível de confiança entre eles.

A criação de espaços destinados a realização de atividades educativas na comunidade também deve ser apoiada, não como um evento esporádico mas como uma atividade rotineira, acessível a todos. Espaços desta natureza podem oportunizar o debate em torno da importância do cuidado medicamentoso e não medicamentoso ao hipertenso. Esses grupos devem ser acessíveis aos familiares e cuidadores de modo que amplie a rede de cuidados de maneira qualificada para o apoio ao usuário hipertenso.

Maior atenção deve ser dada ao diagnóstico de transtornos mentais associados a hipertensão, como a ansiedade, a depressão e diversos outros desequilíbrios emocionais. Ao não cuidar destas condições, o usuário hipertenso poderá não ter energia e atenção suficiente para tratar seu quadro hipertensivo, em função dos sintomas das doenças psiquiátricas associadas. O mesmo destaque recai sobre o quadro de alcoolismo associado a hipertensão. Os usuários que fazem uso excessivo e nocivo do álcool devem ser orientados e contar com o apoio dos profissionais de saúde na busca de soluções para essas condições, posto que essas situações claramente dificultam o cuidado anti-hipertensivo. Por outro lado, ao conhecer os benefícios relacionados a socialização e ao prazer de se consumir a bebida alcoólica, principalmente nas comunidades mais empobrecidas, locais onde bares e botequins são as únicas formas de lazer da comunidade, o ato de beber esse tipo de bebida não deve ser totalmente condenado. Ao contrário do que recomenda a literatura médica, em que os profissionais de saúde devem proibir o consumo de álcool, negociar a ingestão de pequenas doses, em ocasiões muito especiais, associado a uma continuidade no uso de medicações anti-hipertensivas se apresenta como uma alternativa mais viável e humana.

O estímulo a plantação de uma horta na comunidade pode favorecer ao consumo de verduras e legumes, base de alimentação saudável e incentivar o cultivo de plantas medicinais que possam ser utilizadas como coadjuvantes no cuidado anti-hipertensivo medicamentoso. O consumo das ervas deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo farmacêutico, que precisa estar capacitado com relação aos princípios ativos das ervas, indicação para o controle do nível pressórico, e a respeito da toxicidade e interações negativas com o uso da medicação anti-hipertensiva.

Como o nível de escolaridade de grande parte da população residente no bairro Dom Bosco é baixo, um trabalho em equipe – envolvendo sobretudo farmacêuticos, enfermeiros e médicos -, que pode contribuir para a reforçar a adesão medicamentosa é a organização dos medicamentos através da criação de envelopes separados ou caixas de papelão com divisórias internas que separam os tipos de medicações a serem usados pelos usuários hipertensos. Em cada embalagem, desenhos identificando o horário de tomada de cada medicação como o sol indicando o horário da manhã, talheres indicando a hora do almoço, uma lua indicando o período da noite e, caso necessário mais uma tomada, um copo indicando o horário de um lanche.

Por fim, sugiro o estabelecimento de parcerias do município com ONGs e sociedade local, a fim de disponibilizar, através da criação de projetos, educadores físicos capazes de utilizar áreas públicas e os demais áreas disponíveis na comunidade para motivar a prática de atividades físicas, danças etc. Práticas desta natureza além de se constituírem em atividades importantes de controle do nível pressórico, previstas no cuidado não medicamentoso, podem também se constituir em espaços de troca de experiências, conversas, apoio e, por conseguinte, contribuir para a adesão à terapia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras**. São Paulo: Loyola, 2013.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association statistical report tracks global figures for first time**. 2014. Disponível em: <https://news.heart.org/american-heart-association-statistical-report-tracks-global-figures-first-time/>. Acesso em: 1 mar. 2019.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida cardiovascular: manual profissional**. Dallas: AHA, 2011. (Versão em português).

AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY GUIDELINES. **High blood pressure redefined for first time in 14 years: 130 Is the New High**. 2017. Disponível em: <http://newsroom.heart.org/news/high-blood-pressure-redefined-for-first-time-in-14-years-130-is-the-new-high>. Acesso em: 1 mar. 2019.

AMODEO, C. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica secundária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. Suplemento 1, p. 44–53, 2010. Doi: 10.1590/S0101-28002010000500009.

AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2/3, p. 239–243, 1996.

ANDRADE, R. C. V.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 252–261, 2016.

ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial Autorreferida Na População Brasileira: Análise Da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297–304, 2015. Doi: 10.5123/S1679-49742015000200012.

ARAÚJO, L. C. L.; SILVA, E. V. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 83–93, 2010.

ARRAIS, P. S. D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71–77, 1997. Doi: 10.1590/S0034-89101997000100010.

ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 14, n. 2, p. 65–70, 2012. Doi: 10.21722/rbps.v0i0.4189.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 35–38, 2006. Suplemento 1.

BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. 2013. 199 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento Sobre Hipertensão Arterial e Fatores Associados à Não Adesão à Farmacoterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491–498, 2014. Doi: 10.1590/0104-1169.3447.2442.

BARROS, A. A. *et al.* Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 525–532, 2014. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000300018.

BATLOUNI, M. Diuréticos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 211–214, 2009.

BECHO, A. S.; OLIVEIRA, J. L. T.; ALMEIDA, G. B. S. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 349–359, 2017.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 550–555, 2014. Doi: 10.1590/0034-7167.2014670408.

BORTOLOTTO, L. A.; CONSOLIM-COLOMBO, F. M. Betabloqueadores adrenérgicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 215–220, 2009.

BRAGA JÚNIOR, F.; TOLEDO, J. N.; ZARANZA, L. M. Prevalência de hipertensão arterial em população adulta de uma região do centro-oeste brasileiro. In:

CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE SALUD, 3., 2018, Habana. **Actas de Congreso [...]**. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2018. . Disponível em: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/765/325>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1971. Seção 1, p. 4839.

BRASIL. Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as políticas e diretrizes gerais do plano diretor de medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 1973. Seção 1, p. 7483.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 507, de 23 de abril de 1999. Publica a revisão da relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME - que acompanha esta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 maio 1999. Seção 1, p. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. In: BRASIL. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 147–157.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Lei poderá dar segurança ao Farmácia Popular**. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/lei-podera-dar-seguranca-ao-farmacia-popular/lei-podera-dar-seguranca-ao-farmacia-popular>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 661, de 2015**. c2018. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/123423>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME**. c2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/RENAME#oque>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Farmácia Popular**. c2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular?VIEW=DEFAULT>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL 247. **Temer encerra recursos para a rede própria do Farmácia Popular**. 2017. Disponível em: <http://www.brasil247.com/pt/247/brasil/295055/Temer-encerra-recursos-para-a-rede-própria-do-Farmácia-Popular.htm>. Acesso em: 14 out. 2018.

CALÒ, L. **Dia Mundial da Hipertensão 2016**. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt. Acesso em: 22 abr. 2018.

CARNEIRO, A. J. S. **Hipertensão arterial sistêmica e as dificuldades para adesão ao tratamento**. 2014. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2014.

CASSENTE, A. J. F. *et al.* **Principais temas em epidemiologia para residência médica**. São Paulo: Medcel, 2013.

CASTRO, M. M. *et al.* O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidade Básica de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 249–261, 2009.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13–18, 2014.

COELHO, F. N. **O enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica**. 2015. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015

COSTA, K. S. *et al.* Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no programa farmácia popular do Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 10–1, 2016. Doi: 10.5123/S1679-49742016000100004.

COUTO, A. A.; KAISER, S. E. **Manual de hipertensão arterial da Sociedade de Hipertensão do Estado do Rio de Janeiro**. São Paulo: Lemos, 2003.

CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35–44, 1999.

CUNHA, C. **Bônus demográfico**. 2016. Disponível em: <https://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/demografia-maior-populacao-jovem-da-historia-e-oportunidade-para-o-desenvolvimento-global.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.

CUNHA, C. L. F. **Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Bela Vista, em Ipaba – MG**. 2015. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2015.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISAS.pdf. Acesso em: 5 abr. 2019.

DANEL, I.; KUROWSKI, C.; SAXENIAN, H. Brasil: enfrentando o desafio das doença não-transmissíveis. **En Breve**, Brasília, n. 118, p. 1–4, 2008. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTENBREVE/Newsletters/21809321/Mar08_18_BR_NCD_PR.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331–337, 2013. Doi: 10.1590/S1679-45082013000300012.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201–206, 2009. Doi: 10.1590/S0104-11692009000200010.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. Doi: 10.1590/1413-81232014193.01572013.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429–439, 2010. Doi: 10.1590/S0104-12902010000200018.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e Enfrentamento Em Contextos de Saúde e Doença: Revisão Da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381–389, 2005. Doi: 10.1590/S0102-79722005000300012.

FERNANDEZ, D. L. R. **Desafios do programa Hiperdia e implicações para a enfermagem**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. *et al.* Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 447–456, 1998. Doi: 10.1590/S0034-71671998000300009.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782–787, 2010. Doi: 10.1590/S0103-21002010000600011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.

FONTES, S. Crise e doenças crônicas puxam venda de genéricos. **Valor Econômico**, São Paulo, 2017. Empresas. Disponível em: <https://www.valor.com.br/empresas/4930368/crise-e-doencas-cronicas-puxam-venda-de-genericos>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

FRANCO, T. B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 204–211.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, Suplemento 1. São Paulo, v. 24, p. 102–114, 2015. Suplemento 1. Doi: 10.1590/S0104-12902015S01009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151–163, 2012. Doi: 10.18569/tempus.v6i2.1120.

FUCHS, F. D. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 54–58, 2002.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 88–99, 2008.

GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 925–930, 2011. Doi: 10.1590/S0034-71672011000500019.

GOMEZ, Y. E. B. **Relação entre o nível de escolaridade e o controle da hipertensão arterial sistêmica na UBS Morada de Bethânia**. 2015. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Aberta do SUS, Viana, 2015.

GRAÇA, P. Breve história do conceito de dieta mediterrânica numa perspectiva de saúde. **Fatores de Risco**, Lisboa, n. 31, p. 20–22, 2014.

GUIA DA FARMÁCIA. **O que é medicamento genérico**. 2018. Disponível em: <https://guiadafarmacia.com.br/o-que-e-medicamento-generico/>. Acesso em: 22 abr. 2018.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIPERTENSÃO. Arterial: veja número de hipertensos por cidade do Brasil - JUIZ DE FORA, MG, 2015. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=juiz-de-fora/MG-Confira-os-numeros-da-hipertensao-arterial-no-seu-municipio>. Acesso em: 19 ago. 2018.

HORTA, T. A. C. *et al.* (Org.). **A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: PDAPS – Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014.

IBANEZ, G. *et al.* Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 556–562, 2014. Doi: 10.1590/0034-7167.2014670409.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil. Minas Gerais. Juiz de Fora. c2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 20 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JOHNSON, R. J.; BAKRIS, G. L.; RODRIGUEZ-ITURBE, B. Hipertensão primária. In: JOHNSON, R. J.; FLOEGE, J.; FEEHALLY, J. **Nefrologia clínica**. Tradução de Anderson Roberto Oliveira de Sousa. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. Cap. 34.

JUIZ DE FORA, Prefeitura de Juiz de Fora, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: SS/PJF, 2013.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 113–120, 2005. Doi: 10.1590/S1413-82712005000200002.

KOHLMANN JÚNIOR, O. *et al.* Tratamento Medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, p. 29–43, 2010. Suplemento 1. Doi: 10.1590/S0101-28002010000500008.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 85–99, 2008.

KUCHENBECKER, R.; SILVA NETO, P. C.; ROSITO, G. A. Hipertensão arterial sistêmica. In: ROSITO, G. A. *et al.* **Terapêutica Cardiovascular**: das evidências para a prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 157–184.

LADEIRA, J. P.; BRANDÃO NETO, R. A.; FURTADO, F. N. Hipertensão arterial sistêmica. In: LADEIRA, J. P.; ZAMBON, I. S.; BRANDÃO NETO, R. A. **Principais temas em cardiologia para residência médica**. São Paulo: Medcel, 2013. p. 39–52.

LAZZARO, C. D. S.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 105–108, 2004.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003. Doi: 10.1590/S1413-81232003000300011.

LOLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 425–432, 1990. Doi: 10.1590/S0034-89101990000500012.

LOPES, G. A. D. *et al.* Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 143–55, 2010.

LOPES, L. O.; MORAES, E. D. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. **Revista Eletrônica Saber**, Londrina, p. 8, 2011. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acesso em: 14 jan. 2018.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 29–40.

LÓPEZ-JARAMILLO, P. *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 205–225, 2014.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidados**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 9–20.

MACIEL, E. A. M. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores**. 2012. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.

MAGALHÃES, S. M. S.; CARVALHO, W. S. Reações adversas a medicamentos. In: GOMES, M. J. V. M. (Org.). **Ciências farmacêuticas**: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 125–146.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Suplemento 3. Doi: 10.5935/abc.20160152.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 4s, 2017. Suplemento 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&tlng=en. Acesso em: 19 ago. 2018.

MATIAS, P. S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MELGAÇO, T. B. *et al.* Polifarmácias e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 25, n. 1, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n1/a2585.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Relação religião e saúde: possíveis contribuições. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27., 2010, Belém. **Anais [...]**. Belém: Associação Brasileira de Antropologia, 2010. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt30/mlbcm.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475–485, 2006. Doi: 10.1590/S1516-93322006000400002.

MELO, V.; NOGUEIRA, R. P. **O estudo 2010 de carga global da doença**: crítica da formação da ponderação dos indicadores. Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

MENDES, A. C. G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955–964, 2012. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000500014.

MENGUE, S. S. *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. Suplemento 2, 2016. Doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006154.

MENGUE, S. S. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 192–203, 2015. Suplemento 2. Doi: 10.1590/1980-5497201500060017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. 1º plano: produção do cuidado e o trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 9–29.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir na micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147–160, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Hiperdia Minas**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/ngc/page/353-hiperdia-minas-sesmg>. Acesso em: 12 fev. 2019.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 329–345, 2009.

MORAIS, I. C.; CASTRO, P. F. Aspectos psicológicos em pacientes com hipertensão e diabetes: a negação do quadro. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 16, n. 43, p. 13–20, 2016. Doi: 10.15600/2238-1244/sr.v16n43p13-20.

MOURÃO, C.; TORRES, D. Número de hipertensos em Juiz de Fora supera média nacional. **G1: Zona da Mata- MG**, p. (vídeo), mar. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/mgtv-1edicao/videos/v/numero-de-hipertensos-em-juiz-de-fora-supera-media-nacional/5691453/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. Suplemento 1, p. S4–S6, 2008.

NEDER, M. M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 126–133, 2006.

OIGMAN, W.; FRITSCH, M. T. Drogas que intervêm no sistema renina-angiotensina. **HiperAtivo**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 84–90, 1998.

OLIVEIRA, E. A. F. *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 319–326, 2011.

OLIVEIRA, F. **57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica**. 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/hvs1b6>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OLIVEIRA FILHO, A. D. *et al.* Hipertensão pseudo-resistente causada por baixa adesão terapêutica. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 36, n. 1, p. 97–102, 2015.

OLIVEIRA FILHO, A. D. Relação Entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle Da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649–658, 2012.

OLIVEIRA, J. **Saúde e o urbano**: uma pesquisa exploratória em comunidades com presença de negros – estudos de casos em Juiz de Fora-MG. 2012. 148 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urban e Regional) – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2012.

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21–23, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Países das Américas apresentam benefícios de iniciativa para reduzir risco cardiovascular controlando a hipertensão**. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5420:paises-das-americas-apresentam-beneficios-de-iniciativa-para-reduzir-risco-cardiovascular-controlando-a-hipertensao&Itemid=839. Acesso em: 18 mar. 2018.

OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama**. 2013. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PAULA, P. A. B. **Acesso aos medicamentos: direito ou privilégio?** 2008. 108 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook: Clínica Médica**. 2. ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2014.

PEREIRA, Q. T. S.; SILVA, K. S. C. C. **Motivos que levam o paciente hipertenso a abandonar o tratamento anti-hipertensivo em uma unidade de saúde**. 2011. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, 2011.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635–642, 2003. Doi: 10.1590/S0034-89102003000500014.

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre os problemas, dificuldades e modificações decorrentes da doença e do tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 273–282, 1988. Doi: 10.1590/0080-6234198802200200223.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. A educação em saúde e as estratégias utilizadas para sua realização nos momentos formais da atenção básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos [...]**. Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/009.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2018.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 15–28.

PINHEIRO, R. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes de práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). . **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 15–28.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 38–46, 2014. Doi: 10.1590/S0100-55022014000100006.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168–175, 1992. Doi: 10.1590/S0102-311X1992000200008.

RAMOS, D. C.; CASALI, A. C. G. Antagonistas dos receptores da angiotensina II: uma revisão de classe. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 80–94, 2012.

REINERS, A. A. O.; CARVALHO, N. F. G. K.; CAMÊLO, H. B. Conhecimento e compreensão dos usuários hipertensos sobre a Hipertensão Arterial. In: CONGRESSO BRASILEIRO NURSING, 5., 2007, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Revista Nursing, 2007.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 16, n. 11/12, p. 49–55, 2013.

RIBEIRO, P. R. S.; BATISTA, T. S. Adesão Ao Tratamento Farmacológico Anti-Hipertensivo de Pacientes Em Hemodiálise. **Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences**, Araraquara, v. 36, n. 2, p. 201–212, 2015.

RODRIGUES, G. S. **Além Paraíba e Juiz de Fora: aspectos de atratividade intermunicipal**. 2016. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

RODRIGUES NETO, J. F.; FARIA, A. A.; FIGUEIREDO, M. F. S. Medicina Complementar e Alternativa: Utilização Pela Comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 296–301, 2009. Doi: 10.1590/S0104-42302009000300022.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010. Doi: 10.1590/S0102-311X2010001200017.

SANTOS, J. P. Illness x disease: uma abordagem antropológica sobre o sofrimento mental. **Revista Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 37–47, 2012. Doi: 10.3333/ps.v1i1.44.

SEHN, R. *et al.* Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes de hospitalizados. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 15, n. 9/10, p. 77–81, 2013.

SILVA, C. F. *et al.* Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 332–343, 2016. Doi: 10.1590/1983-80422016242134.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 241–257.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. 2000. 215 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Quem somos**. [c201-]. Disponível em: http://prevencao.cardiol.br/quem_somos.asp. Acesso em: 20 jan. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **História**. [c201-]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/historia.asp>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Taxa de morte por hipertensão arterial cresceu 13,2% na última década**. 2015. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=486>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SOUSA, J. P. R.; GARCIA, J. L.; GONÇALVES JÚNIOR, A. F. O paciente e a bula e suas maiores dificuldades. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, Montes

Belos, v. 7, n. 2, p. 10–22, 2014. Disponível em:
<http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/117>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SOUSA, M. G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 78–83, 2015.

SOUSA, P. L. C. **Avaliação da adesão à terapia medicamentosa em hipertensos das unidades de saúde do distrito da D'água no município de Belém do Pará**. 2012. Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STEFANI, S. D.; BARROS, E. **Clínica médica: consulta rápida**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Tradução de Anelise Burmeister; Sanda Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THEES, V. **Prevalência e controle da hipertensão arterial sistêmica no mundo**. 2016. Disponível em: <https://pebmed.com.br/prevalencia-e-controle-da-hipertensao-arterial-sistematica-no-mundo/>. Acesso em: 16 mar. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005.

VANELLI, C. P. **Condições crônicas de saúde e seus fatores de risco e proteção na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil**. 2018. Tese (doutorado em Saúde Brasileira) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

VIEIRA, A. R. **As consequências do uso do tabaco em hipertensos e diabéticos: uma revisão bibliográfica**. 2013. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2013.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 114–121, 2014.

WELLS, B. G. *et al.* **Manual de farmacoterapia**. Tradução de Ademar Valadares Fonseca; Beatriz Araújo do Rosário; Patrícia Lydie Voeux. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Identificação

Nome _____	Idade _____	Escolaridade _____
Sexo _____	Estado civil _____	Religião _____
Profissão _____	Ocupação _____	

2. Quando foi diagnosticado (a) com hipertensão? _____

3. O profissional que te atendeu explicou o significado da doença? _____

4. Qual foi sua reação diante do diagnóstico? _____

5. Você recebeu orientações sobre o tratamento da doença? Quem passou as orientações? _____

6. O que achou do tratamento, em especial do medicamentoso? _____

7. Você sabe o que pode acontecer com sua saúde se não fizer o tratamento medicamentoso? _____

8. Porque não faz o tratamento medicamentoso da forma prescrita pelo seu médico? _____

9. Existe algum fator ligado ao remédio que você desconheça ou que o impeça de toma-lo corretamente? _____

10. Como você adquire as medicações prescritas? _____

11. Caso não consiga adquirir o que você faz? _____

12. Ao entregar a receita seu médico explica para que servem e como tomá-los? _____

13. Você sabe quando pode ou deve suspender o uso do medicamento? _____

14. Em que situações costuma suspender?

15. Você compreende o que está escrito na receita? _____

16. Você consegue manter uma rotina seguindo sempre os mesmos horários de tomar os remédios mesmo em feriados, quando vai a alguma festa ou evento ou quando viaja? _____

17. Sua religião faz alguma orientação quanto ao tratamento medicamento da hipertensão? _____

18. Existe mais alguma causa que dificulte você tomar os remédio e que queira relatar no momento? _____

ANEXOS

ANEXO A –Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens – MMAS-8¹¹**Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens-MMAS-8**

1-Você às vezes esquece-se de tomar os seus remédios para pressão?

()Sim ()Não

2-Nas duas últimas semanas houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?

()Sim ()Não

3-Você parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando tomava?

()Sim () Não

4-Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?

()Sim () Não

5-Você tomou seus medicamentos para pressão ontem?

()Sim () Não

6-Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?

()Sim () Não

7-Você já sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?

()Sim () Não

8-Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?

() Nunca () Quase nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

¹¹ OLIVEIRA FILHO, A. D. Relação Entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle Da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649–658, 2012.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Determinantes da Não Adesão ao Tratamento de Usuários Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a **elevada ocorrência de casos de hipertensão arterial no Brasil, atingindo 25% da população adulta e alta taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso (40 a 60% dos casos), sendo esse fato responsável por dois terços do controle insatisfatório da pressão arterial. Esse tratamento inadequado pode gerar graves danos à saúde com infarto, acidente vascular cerebral e a perda renal, entre outros e gastos elevados com o tratamento, principalmente desses danos severos. Apesar de existirem incentivos do governo através da criação de programas específicos, distribuição de medicamentos gratuitos para este fim e dos esforços de diversos profissionais da saúde, o controle pressórico adequado não foi plenamente alcançado na população.** Nesta pesquisa pretendemos **conhecer os fatores determinantes da não adesão medicamentosa através da ótica dos pacientes para poder propor ações que objetivam a melhoria deste quadro.**

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você **aplicação de um questionário com oito itens (Questionário de Morisky) cuja finalidade é determinar o seu grau de adesão ao tratamento utilizando remédios. Somente no caso de você ser considerado um paciente não aderente, iremos prosseguir com a pesquisa através de uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado cujo objetivo é conhecer quais foram os seus motivos, fatores, que dificultam ou impedem a adesão ao tratamento medicamentoso proposto.** Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **RISCOS MÍNIMOS, tais como desconforto, apreensão, tensão emocional, cansaço e insegurança quanto à quebra de sigilo e ao anonimato.** Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **serão efetuadas medidas de proteção como o fornecimento prévio de informações sobre esta pesquisa e a garantia de participação voluntária a este estudo por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o questionário e a entrevista guiada por roteiro não serão identificados por nomes, sendo assegurada a sua privacidade e dos demais participantes.** A pesquisa pode ajudar indiretamente a **você refletir sobre os motivos que o levam a não aderir ao tratamento com proposto por seu médico; através da escuta qualificada, da busca da compreensão do seu modo de viver e agir, seus laços com o serviço de saúde poderão se estreitar; além disso, os resultados, advindos desse estudo, poderão servir como referência para a proposição de projetos de intervenção que auxiliem no controle dos seus níveis pressóricos e da sua comunidade.**

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Rogéria Videira Chagas Braga

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto:

CEP: 36036-900

Fone: 3690-7740

E-mail: reluesabah@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinante da Não Adesão ao Tratamento Medicamentoso de Usuários Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde

Pesquisador: ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79859717.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.527.504

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa possui o intuito de conhecer as motivações pelas quais os pacientes hipertensos de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (UBS) do município de Juiz de Fora, não aderem ao tratamento medicamentoso proposto. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, direcionado a identificar quem são os pacientes hipertensos que não aderem a esse tipo de tratamento e conhecer os fatores, objetivos e subjetivos, que interferem nesta decisão. Para o alcance destes objetivos será realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando como principal técnica de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas. As entrevistas, realizadas junto aos pacientes não aderentes ao tratamento, serão guiadas por roteiros, também semiestruturados. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a não adesão medicamentosa a tratamentos anti-hipertensivos, revelando os fatores que interferem no não cumprimento das prescrições terapêuticas e traçar um perfil deste usuário.

Objetivo Secundário:

Identificar a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial; Traçar um quadro assinalando questões identitárias com sexo, etnia, faixa etária, escolaridade, estado civil, profissão

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.527.504

etc. dos pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo; Determinar os fatores relacionados ao paciente, à terapêutica e ao sistema de saúde, na determinação da não adesão ao tratamento medicamentoso antihipertensivo. Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos podendo gerar apreensão, tensão emocional desconforto, constrangimento, cansaço ao entrevistado, além da possibilidade de identificação dos participantes. Para minimizá-los, os participantes serão esclarecidos previamente sobre a pesquisa enfatizando que a participação é voluntária, que os pesquisadores se comprometem com o anonimato dos participantes e poderá haver interrupção a qualquer tempo. Como benefício espera-se possibilitar ao participante refletir indiretamente sobre os motivos que o levam a não aderir à prescrição de medicamentos antihipertensivos realizadas pelo seu médico. Através da escuta qualificada, compreensão dos seus modos de viver e agir os vínculos dos usuários com o serviço de saúde podem se estreitar. Além disto, os resultados do estudo podem servir de base, de referência para a proposição de projetos de intervenção que auxiliem no controle dos níveis pressóricos nesta população.

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.527.504

linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2018.

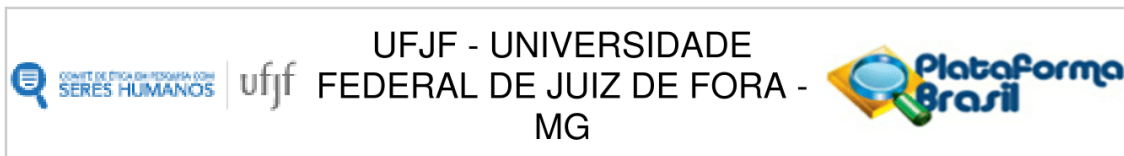
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1027334.pdf	27/02/2018 12:44:58		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.527.504

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeLivrerrecente.pdf	27/02/2018 12:44:33	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraok.pdf	07/02/2018 11:37:21	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadePesq.pdf	07/02/2018 11:29:03	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	07/02/2018 11:27:48	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	13/11/2017 13:00:32	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Outros	escala.pdf	07/11/2017 19:26:22	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Outros	roteiro.pdf	07/11/2017 19:26:00	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	07/11/2017 19:04:30	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	07/11/2017 19:03:26	ROGERIA VIDEIRA CHAGAS BRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Março de 2018

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br