



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Adesão terapêutica de usuários com hipertensão arterial
sistêmica: percepção de usuários e profissionais de unidade de
saúde da família do município de Salvador (Bahia, Brasil)**

Mayele Farias de Oliveira

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

O48 Oliveira, Mayele Farias de
Adesão terapêutica de usuários com hipertensão arterial sistêmica: percepção de usuários e profissionais de unidade de saúde da família do município de Salvador (Bahia, Brasil) / Mayele Farias de Oliveira. Salvador: MF de Oliveira, 2015.

xi, 58 fls. [tab.].

Professor orientador: João André Santos de Oliveira.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Hipertensão. 2. Assistência centrada no paciente. 3. Terapêutica. I. Oliveira, João André Santos de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU - 616.12-008.331.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Adesão terapêutica de usuários com hipertensão arterial sistêmica: percepção de usuários e profissionais de unidade de saúde da família do município de Salvador (Bahia, Brasil)

Mayele Farias de Oliveira

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Adesão terapêutica de usuários com hipertensão arterial sistêmica: percepção de usuários e profissionais de unidade de saúde da família do município de Salvador (Bahia, Brasil)*, de **Mayele Farias de Oliveira**.

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

COMISSÃO REVISORA:

- **João André Santos de Oliveira** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Argemiro D'Oliveira Júnior**, Professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rafaela Cordeiro Freire**, Professora do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Jurema de Melo e Cunha**, Doutoranda do Curso de Doutorado de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

A colheita é comum, mas o capinar é sozinho.
(Extraído do romance Grande Sertão: Veredas de
João Guimarães Rosa)

Ao Meu Irmão, **Crisley**
Farias

EQUIPE

- Mayele Farias de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: mayele.farias@gmail.com;
- Professor orientador: João André Santos de Oliveira. Correio-e:
j.andre2002@gmail.com;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Departamento de Saúde da Família da FMB (DSF)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

- Unidade de Saúde da Família do Terreiro de Jesus

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **João André Santos de Oliveira**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futura médica e, ainda, pelas contribuições para meu crescimento pessoal.
- ◆ À **Lua Dultra**, por sua especial ajuda durante o trabalho de campo e levantamento das famílias de usuários incluídos nesta Monografia.
- ◆ À **Cíntia Almeida**, também pela ajuda durante o trabalho de campo e levantamento das famílias de usuários incluídos nesta Monografia. Obrigada pela solicitude.

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. OBJETIVO	3
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
III.1. Hipertensão arterial sistêmica: definição, prevalência e relevância socioeconômica	4
III.2. Adesão terapêutica, suas definições, sinônimos e dimensões	4
III.3. Modelos e teorias de Adesão	6
III.4. Subjetividade do cuidado em saúde	7
III.5. Justificativa	8
IV. METODOLOGIA	10
Desenho de estudo, sujeitos da pesquisa e realização dos grupos focais e entrevistas	10
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
V.1. O conteúdo em foco: o que mostram as narrativas	14
V.2. Análise das narrativas do primeiro grupo focal	15
V.3. Análise das narrativas do segundo grupo focal	22
V.4. Análise das narrativas dos usuários	27
V.4. Limitações do estudo	34
VI. CONCLUSÃO	35
VII. SUMMARY	37
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
IX. ANEXOS	41
•ANEXO I: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	41
•ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
•ANEXO III: Termo de Compromisso do Pesquisador	48
•ANEXO IV: Perguntas norteadoras para os profissionais da saúde e usuários	49

I.RESUMO

Adesão terapêutica de usuários com hipertensão arterial sistêmica: percepção de usuários e profissionais de unidade de saúde da família do município de Salvador (Bahia, Brasil). Introdução: O Brasil passou por uma rápida transição epidemiológica e demográfica, o que levou a um aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis. A Estratégia de Saúde da Família destaca-se como uma estratégia assistencial que se propõe a produzir um cuidado integral e longitudinal, especialmente para os usuários com doenças crônicas não-transmissíveis. A hipertensão arterial sistêmica desempenha papel importante por ser o principal fator de risco para morbimortalidade por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, principais causas de morte no país. Entretanto, o controle pressórico é um desafio constante no cotidiano dos serviços de saúde, sendo a não-adesão um problema na manutenção de um nível pressórico adequado. Objetivo: Considerando a subjetividade envolvida na produção do cuidado e entendendo a relevância dessa temática para a formação médica, o presente trabalho objetivou identificar e compreender os fatores relacionados à adesão terapêutica e ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção básica, a partir da visão dos usuários e dos profissionais de saúde. Metodologia: Foram utilizados o Grupo Focal e Entrevistas semiestruturadas, como técnicas de coleta de dados e a análise de conteúdo forma de analisar os dados coletados. Participaram como sujeitos deste estudo usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família e profissionais de saúde integrantes dessa Equipe, pertencente ao município de Salvador-Bahia. Resultados e Discussão: O expressado por pelos participantes do estudo, é apresentado através de narrativas. Estas enfatizam aspectos da experiência de doença, da produção do cuidado e do processo de trabalho e como o encontro entre usuários e profissionais e seus desdobramentos afetam positivamente ou não a adesão terapêutica e, ainda, como as relações de consumo atuais influenciam a produção do cuidado. Conclusão: É central a fim de se conseguir uma boa adesão terapêutica, que os profissionais de saúde estejam abertos ao encontro com aquele que busca cuidado, tomando-o como sujeito de sua própria existência, criando, portanto, um plano terapêutico de responsabilidades compartilhadas.

Palavras chave: hipertensão; assistência centrada no paciente; terapêutica

II. OBJETIVO

Compreender, a partir das visões de usuários e profissionais de saúde, quais os fatores relacionados à adesão terapêutica no tratamento da hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Salvador- BA.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III. 1 Hipertensão arterial sistêmica: definição, prevalência e relevância socioeconômica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente à anormalidades funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações no metabolismo e, assim, aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Nosso país segue as tendências mundiais sendo as doenças cardiovasculares (DCV) a principal causa de morte. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados ¹.

Foi observado, através de inquéritos populacionais, que nos últimos 20 anos a prevalência de HAS esteve acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países ².

III. 2 Adesão terapêutica, suas definições, sinônimos e dimensões

A importância no cumprimento das prescrições médicas já havia sido apontada Hipócrates há 2400 anos. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979 ³.

Entretanto, o que significa adesão terapêutica? Os conceitos são amplos, mas há concordância na utilização dos medicamentos prescritos e seguimento das recomendações médicas em 80% ou mais, em horários, dose e tempo de tratamento corretos. Apesar da associação comumente feita entre adesão ao tratamento como adesão à medicação, aquela vai além do seguimento da prescrição e tomada de remédios e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença ⁴.

Dos vários tipos de adesão, o termo adesão parcial que se refere a situações em que o doente toma a dose na hora errada ou a dose incorreta, ou seja, não há adesão total. A adesão parcial pode ser intencional ou não. A intencional ocorre mais comumente na fase sintomática ou aguda de doença e quando não há sintomatologia, ignora-se o tratamento medicamentoso. A adesão parcial não intencional é mais comum em idosos e crianças e é causada pelo esquecimento da dose prescrita (causa mais comum), pela confusão nos esquemas de tratamento, rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens³.

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, adota como definição de adesão a tratamentos crônicos, uma fusão de outras duas definições de Haynes (1979) e Rand (1993), conceituando adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondente e se concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Já Miller *et al.* (1990) conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença⁴⁻⁸.

O entendimento do papel do usuário como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscato *et al.* (2000), Conrad (1985) e Dowell e Hudson (1997), entretanto, os termos variam de acordo com a compreensão do autor. Os principais termos em língua inglesa “adherence” e “compliance” trazem entendimentos diferentes. O primeiro refere-se a uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não alguma recomendação. “Compliance” quer dizer obediência e pressupõe que o sujeito que recebe a prescrição tenha uma atitude passiva⁴.

A OMS traz adesão como um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, cinco dimensões, relacionados não apenas ao usuário. Tais dimensões são: socioeconômica, relacionada ao sistema de saúde e à equipe, relacionada à terapia, relacionada ao paciente e relacionada à doença. A opinião comum de que os usuários são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora

e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento ^{5,8}.

Em uma abordagem mais específica relacionada à hipertensão arterial, a adesão ao tratamento pode ser definida como o total cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, ainda que não medicamentosas, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais ⁵.

III. 3 Modelos e Teorias de adesão

Vários modelos ou teorias têm procurado explicar a adesão ao regime terapêutico, com a finalidade de perceber fatores que levam os indivíduos a seguirem ou não o prescrito e recomendado por profissionais de saúde. Para Dias *et al.* (2011) ³ que cita Leventhal e Cameron (1987), citados por País-Ribeiro (2007), a adesão poderá ser explicada por cinco modelos teóricos. O *Modelo Biomédico* parte do pressuposto que o doente seja passivo, cumpridor de "ordens" médicas, devendo atender ao solicitado e que não participa de maneira ativa nas decisões que o afetam e lhe dizem respeito. O modelo biomédico afetou diretamente a administração da terapêutica utilizando para isso medidas diretas, e.g. valores bioquímicos. “O *Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social* enfatizam a importância do reforço positivo e negativo, como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão ao regime medicamentoso” (Dias *et al.*, 2011, p. 208). Esse pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades referentes ao regime terapêutico. A *Abordagem Comunicacional* surgiu nos anos setenta e incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes. Essa abordagem enfatiza a educação e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde. Este modelo depende da interação profissional e desenvolvimento de relações cordiais com o usuário. Ainda assim, “uma boa adesão envolve fatores como produção da mensagem, incluindo informação sobre os objetivos específicos e o modo de alcançá-los; recepção, compreensão e retenção da mensagem; aceitação ou crença na substância da mensagem e, por último, ação de adesão” (Dias *et al.*, 2011, p. 208). A *Teoria da crença racional* avalia o comportamento humano através de um processo lógico e assume que, uma vez avaliado riscos e benefícios, além de consequências à algumas atitudes, o indivíduo adota uma postura de preservação da

saúde e justifica que a não-adesão se origina da ignorância sobre a doença. Já a *Teoria dos Sistemas* vê o indivíduo com um comportamento ativo, que se envolve e que resolve de forma ativa os seus próprios problemas. “As representações cognitivas que o indivíduo detém acerca da sua saúde, as suas expectativas, projeções acerca do seu estado, planos e técnicas para alterá-lo influenciam a adesão ao tratamento” (Dias *et al.*, 2011, p. 208). Visto a grande quantidade de doenças e esquemas terapêuticos, nenhum modelo se adapta a todas as situações pelo que uma abordagem com recurso a vários modelos parece ser a estratégia mais eficaz^{3,9}.

Sabendo-se que as medidas objetivas de saúde não são suficientes para avaliar o impacto das enfermidades sobre as pessoas, resta o desafio de captar objetivamente atributos subjetivos de diferentes temas relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, em especial nas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Assim, a criação de técnicas mais efetivas e de acordo com a realidade é necessária¹⁰.

III. 4 A subjetividade do cuidado em saúde

O trabalho em saúde sustenta-se sob um olhar dos profissionais sobre o sujeito do cuidado e de suas necessidades. Esse trabalho reconhece uma produção social e subjetiva do indivíduo e busca modos de atuar sobre suas necessidades, a partir do conhecimento de suas origens e baseadas em que elas podem ser enfrentadas¹¹.

A atual formação médica está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico. Tal situação favorece também a construção de uma postura de pouca valorização dos aspectos psicossociais dos usuários e da subjetividade envolvida na produção do cuidado e, conseqüentemente, os cursos médicos não tem sido capazes de tomar esses aspectos como importantes focos da formação médica no nosso país¹².

Esse olhar é hegemônico na prática presente e esta baseado em saberes médico-científicos estruturados e predominantes, legitimados pela racionalidade científica construída em meio a relações sociais capitalistas na modernidade¹¹.

O modelo biopsicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Essa perspectiva quando

ancorada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além da evolução e do aprendizado das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais, centrada nas tecnologias leves, que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva, assegurando que os problemas e preocupações dos pacientes são entendidos por aqueles que oferecem cuidados, e que, informações relevantes, recomendações e tratamentos são entendidos, lembrados e efetivados pelos usuários¹²⁻³.

Alguns autores têm proposto abordagens ou formas de atuar, tanto na atenção básica como em outros âmbitos de atenção, que colocam o usuário no centro da produção do cuidado, entendendo-o como sujeito construtor de sua própria vida e tomando o encontro entre profissional de saúde e usuário como um potente dispositivo para um cuidado integral e, portanto, com maiores chances de serem produzidas relações de igualdade, de vínculo e de respeito, nas quais os saberes envolvidos nessa relação são considerados e respeitados na construção das estratégias terapêuticas entre os profissionais de saúde e usuários. Entre essas abordagens, destacam-se a teoria da Micropolítica do Trabalho vivo em ato^{* 14}, a Clínica ampliada¹⁵⁻⁶ e a Abordagem Centrada na Pessoa¹⁷.

III. 5. Justificativa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às DCNT são: hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo. Cinco desses fatores de risco estão relacionados à alimentação e à atividade física e o fator de destaque fica por conta da hipertensão arterial sistêmica¹⁸.

A adesão terapêutica a terapias de longo prazo para doenças crônicas em países desenvolvidos alcança 50%. Nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos são

* Conceito de origem Marxista trazido para pensar o processo de trabalho em saúde por Emerson Merhy (1997). Este autor aponta que o Trabalho em Saúde é centrado no trabalho vivo e ato, pois o produto do mesmo, o cuidado, é consumido pelo usuário no exato momento de sua produção, ou seja, no momento em que se dá o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. O trabalho em saúde, portanto, é realizado com importante autonomia do profissional e depende muito do que acontece durante o encontro com o usuário.

ainda menores. A não-adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde ^{3,8}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), a forma hegemônica de se organizar a atenção básica no Brasil, hoje, é o âmbito de atenção no qual a hipertensão tem um lugar mais privilegiado para atuação em relação a essa morbidade em termos de prevenção primária e secundária. A atenção básica encerra características tais onde a adesão terapêutica se torna um desafio ainda mais complexo e relevante. Os usuários da atenção básica, inseridos no ambiente onde moram ou trabalham, têm, no geral, uma relação com o serviço pautada numa autonomia bastante preservada e uma maior capacidade de acionar redes de apoio (vizinhos, amigos, familiares, equipamentos sociais, etc.) para o enfrentamento dos seus problemas de saúde.

Uma vez que, como sugere a literatura, o normal é não aderir, entender quais são as crenças e entendimentos dos usuários e profissionais em relação a não-adesão terapêutica, contribuiria para a formulação de estratégias que visassem à promoção da adesão, tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários.

Finalmente, tal tema é de extrema importância para ser trabalhado numa monografia de graduação em medicina, uma vez que pode contribuir com uma formação médica mais alinhada com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina (Conselho Nacional de Educação, 2014) ¹⁹, que tenha a produção do cuidado como elemento central da formação e comprometida com os resultados do trabalho médico, não somente com a adequada aplicação dos conhecimentos diagnósticos e terapêuticos aprendidos na graduação e pós-graduação no campo da medicina.

IV. METODOLOGIA

Desenho de estudo, sujeitos da pesquisa e realização dos grupos focais e entrevistas

Foi realizado um estudo analítico e crítico de natureza qualitativa, utilizando-se do Grupo Focal e de entrevistas semiestruturadas como técnicas de coleta de dados, obtidas em julho, setembro e novembro de 2014, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Pretendeu-se, assim, produzir uma análise qualitativa a fim de obter atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à saúde e adesão à terapêutica. A análise dos dados obtidos foi feita através da análise de conteúdo, técnica comumente usada na análise de dados qualitativos.

Os dados passaram por um conjunto de procedimentos que os organizassem de modo a revelar, de forma mais imparcial possível, como o grupo em questão percebe e se relaciona com a adesão terapêutica, assim como o próprio usuário e de que maneira sua relação com o adoecer afeta adesão terapêutica. Uma vez sistematizados, após a transcrição do material, gerou-se um *corpus*, sendo feita em seguida leitura flutuante dos dados obtidos, a partir dos quais foram feitos os recortes necessários para a análise das narrativas. Feitos os recortes, durante a fase de exploração do material, as sentenças escolhidas foram tratadas repousando-se nas citações textuais mais pertinentes, tanto nos grupos focais como nas entrevistas semiestruturadas, ilustrando os principais achados do estudo, com base nos conteúdos manifestos dos sujeitos da pesquisa. Por fim, feita a codificação, os dados foram arranjados em categorias por grau de proximidade, categorias essas escolhidas de maneira apriorística.

Os sujeitos da pesquisa, escolhidos por conveniência, foram usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador- BA e os profissionais de saúde da mesma unidade.

Profissionais: participaram do estudo trabalhadores selecionados nas seguintes categorias: médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e cirurgião dentista; principais componentes das atual configuração das equipes de saúde da família. Os critérios de inclusão para os

profissionais de saúde foram: ser maior de 18 anos, estar devidamente empregado pela unidade de saúde referida, ser proveniente de um dos grupos supracitados. Os critérios de exclusão: ser menor de 18 anos, não ser proveniente de um dos grupos supracitados, possuir problemas psiquiátricos que não permitissem o entendimento e participação do paciente no estudo ou que deixassem de ceder informações que permitissem caracterizar o grupo focal.

A entrevista de grupo com os profissionais foi feita em local apropriado, neutro e que abrigou confortavelmente o grupo, protegido de ruídos e interrupções externas. Os grupos contaram com o número de 6 participantes não familiares uns dos outros, realizados em dias diferentes. A escolha de profissionais da USF do Terreiro de Jesus se deu pela facilidade de acesso à unidade por partes dos pesquisadores, pela boa disposição, cordialidade e consentimento da direção e da gerência da USF e proximidade do pesquisador responsável pelo projeto com os profissionais da unidade supracitada. A adesão terapêutica foi o principal tópico específico que recebeu enfoque. Seis tópicos específicos foram discutidos no primeiro grupo e 3 no segundo, todos usados para iniciar as discussões. Os diálogos e discussões produzidos no grupo foram registrados em áudio, por meio de um gravador, e de forma manuscrita.

O grupo recebeu esclarecimentos, no momento de encontro e, através dos convites via endereço eletrônico, sobre regras específicas e gerais de funcionamento do estudo e deu-se ênfase de que não se esperava consenso na discussão a ser empreendida.

Realizado no dia 10 de julho de 2014, na Sala dos Lentes, sede mater da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA), o primeiro grupo contou com 1 médica, 1 enfermeira, 3 agentes comunitários de saúde (ACS) e 1 (uma) auxiliar de saúde bucal (ASB)

O grupo focal teve início às 14h30min e duração de 1h15min, encerrando-se às 15h45min. Após a leitura do TCLE e assentimento de todos os participantes, com assinatura dos termos em duas vias, foi iniciado o registro em áudio.

O pesquisador responsável foi o moderador do grupo, enquanto a pesquisadora assistente assumiu papel de redatora e facilitadora do grupo. O início do grupo se deu

com explicação do mediador sobre a pesquisa os tópicos específicos foram representados por perguntas norteadoras que se encontram no anexo IV deste trabalho, usadas para disparar as discussões, todas relacionadas a adesão terapêutica.

O segundo grupo focal feito também com profissionais da saúde da USF do Terreiro de Jesus foi realizado no dia 23 de Setembro, na Sala dos Lentes, sede mater da FMB, com início às 14 horas e 30 minutos e duração total de 1h19min45s. Este segundo encontro teve a finalidade de aprofundar as argúcias surgidas durante o primeiro grupo focal, realizado em julho.

7 pessoas participaram do segundo grupo a saber: 2 ACS, 1 enfermeira, 1 auxiliar de saúde bucal (ABS) e 1 médica.

Após a análise do áudio e da transcrição do primeiro grupo focal dois temas foram reconhecidos como merecedores de destaque, o primeiro por necessidade de ser aprofundado e o segundo por se bastante recorrente. O primeiro refere-se à maneira que é feito o trabalho da equipe e como afeta a relação com o usuário e, finalmente, interfere na adesão terapêutica. O segundo, por sua vez, dizia a respeito do usuário que tem má adesão ou adesão parcial, intitulado “usuário-problema”. Dessa maneira, três novas perguntas foram desenvolvidas para o segundo grupo focal e encontram-se no anexo IV deste trabalho.

Usuários: no dia 11 de novembro de 2014 foram entrevistados dois dos cinco usuários contatados pelo telefone, ambos com diagnóstico clínico de HAS e acompanhados na Unidade de Saúde do Terreiro de Jesus.

Os critérios para inclusão do usuário no estudo utilizados foram os seguintes: ser maior de 18 anos, ser portador de hipertensão arterial sistêmica essencial ou primária e estar inscrito e sob acompanhamento na unidade de saúde já referida. Os critérios de exclusão: ser menor de 18 anos, ser portador de HAS como doença secundária, não estar inscrito e sob acompanhamento da unidade, possuir problemas psiquiátricos que não permitissem o entendimento e participação do usuário no estudo ou que deixassem de ceder informações que permitissem incluí-lo como sujeito da pesquisa. O diagnóstico clínico foi o principal fator para a seleção dos participantes. Estes foram selecionados

através de seus prontuários de família, separados por microáreas cobertas cada uma por um agente comunitário de saúde. A partir disso, foi feita uma lista e os convites se deram por telefone. A princípio, 20 usuários foram selecionados. Telefones desativados ou fora da área de cobertura foram os principais empecilhos para o convite.

As entrevistas semiestruturadas com os usuários foram feitas em local tranquilo, também na sede mater da FMB, no Terreiro de Jesus, com garantia do sigilo e, assim como no grupo dos profissionais, abordando tópicos específicos através de roteiro de entrevista relacionado a adesão, respondidos de forma livre pelo entrevistado. As perguntas são em número de 5 (cinco) e se encontram no anexo IV deste trabalho. As duas entrevistas obtidas duraram 40min e 18min, respectivamente.

O registro do discutido nos grupos focais e entrevistas semiestruturadas foi feito com consentimento prévio dos participantes, concedido por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Estes TCLEs foram assinados em duas vias pelos pesquisadores e participantes, cada um retendo sua cópia. O sigilo do material obtido será totalmente mantido por parte do pesquisador e demais membros do grupo.

Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa foram, os emocionais, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante o grupo e ter opiniões expostas para os profissionais da equipe de saúde, uma vez que o usuário pode responsabilizá-los pela sua não adesão. Para o profissional de saúde, os possíveis riscos foram os de ser responsabilizado pela não-adesão terapêutica dos usuários do serviço convidados para o estudo. Todos os entrevistados receberam informações sobre como proceder em caso de se sentirem lesados e terem sofrido danos de qualquer natureza. Estas informações estão contidas do TCLE no anexo II deste trabalho.

Este trabalho foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e aprovado. O parecer do comitê se encontra no anexo I deste trabalho.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

V. 1. O conteúdo em foco: o que mostram as narrativas

Em relação aos profissionais e seu trabalho na atenção básica, os agentes comunitários de saúde foram os que concentraram maior tempo de trabalho na área, com média de 13,3 anos de atenção básica. Quanto aos outros profissionais, a auxiliar de saúde bucal tinha 7 anos de trabalho na atenção básica, a enfermeira, 6 anos, a médica, 3,5 anos, dos quais 2 foram na residência em Medicina de Família e Comunidade.

Já usuários entrevistados foram uma senhora de 78 anos, com diagnóstico de HAS há um ano da data da entrevista e um senhor de 74 anos, sabidamente portador de hipertensão desde 1991. Convém ressaltar, entretanto, que durante o contato com os usuários, ambos negaram ser portadores de HAS e afirmaram que a pressão se elevava eventualmente, apesar de prescrito tratamento medicamentoso para ambos há tempo igual ou superior há um ano.

O expressado por esses sujeitos, profissionais e usuários, participantes do estudo, é apresentado através de narrativas. A tabela I mostra, organizadas em categorias, as narrativas colhidas durante os grupos focais e entrevistas.

Tabela I. Distribuição dos percentuais por categorias.

Classe Temática	Categoria	f (%)
	Experiência de adoecimento	22 (39,3)
Adesão Terapêutica	Produção do cuidado	24 (42,9)
	Processo de trabalho	10 (17,8)
TOTAL		56 (100)

O encontrado neste estudo é bastante pertinente. Entretanto, apesar da literatura acerca do tema adesão ser extensa, o enfoque deixa de ser no usuário ou quando o faz, usa de métodos como contagem de pílulas ou questionários de tomada de medicamento que não abordam o usuário completamente. O artigo *Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research* de Marshall *et al.* (2012)²⁰, é uma revisão sistemática feita somente a partir de estudos qualitativos de diversos países, onde apenas o grupo focal ou entrevistas qualitativas foram usados como métodos de coleta de dados, e é o principal artigo usado neste estudo como referência para dialogar com as percepções e opiniões dos usuários.

Destacamos que as metodologias usadas neste trabalho tiveram uma importante relevância. Os encontros com os trabalhadores e usuários e suas narrativas, que consideramos fontes do que é produzido no cotidiano dos serviços saúde e da produção do cuidado, mobilizaram em nós saberes, afetos, crenças, experiências, vivências. A partir dessa mobilização, como sujeitos da experiência que somos todos nós, produzimos entendimentos, hipóteses, reflexões, assim como levantamos questões sobre a adesão terapêutica ao tratamento da HAS na atenção básica.

V. 2. Análise das narrativas do primeiro grupo focal

Em aspectos gerais, três dos participantes concentraram maior domínio das opiniões: um dos ACS, a médica e a enfermeira. Assim, apenas foram somadas uma ou outra contribuição dos outros participantes, em especial, outro dos ACS, para a discussão. Este fato aumentou a ressalva de se realizar um segundo grupo focal, com finalidade de amadurecer as ideias discutidas durante primeiro.

Quando perguntados sobre o entendimento da adesão terapêutica, genericamente, os participantes responderam que esta não contempla somente o uso de medicamentos, mas também a adesão não medicamentosa, com mudanças do estilo de vida, adequação da dieta, prática de exercícios físicos e abandono de hábitos que aumentem o risco de doenças cardiovasculares, como tabagismo e consumo de álcool, como aponta o trecho abaixo:

“Eu acho que é o paciente usar a medicação, né, que foi prescrita, seguir as orientações, que no caso da hipertensão, são orientação da dieta, atividade física, vir regularmente às consultas agendadas na unidade. Acho que é isso”.

Foi levantada ainda a ideia de uma “pactuação terapêutica” com o usuário, como demonstrado no comentário adiante:

“Essa adesão na verdade é uma pactuação terapêutica. Porque se for só você dizendo o que fazer e a pessoa escolher sim ou não, a chance de que ela seja não-aderente é grande”.

Os dois primeiros trechos abrem uma importante discussão sobre a opção de como produzir o cuidado. Podemos ver o contraste entre a produção do cuidado baseado no modelo médico hegemônico, paternalista, focando a relação de cuidado nos saber do profissional, como o único que sabe o que é bom ou ruim para o usuário, sem buscar uma pactuação com os sujeitos envolvidos. Para Tesser *et al.* citado por Rozemberg e Minayo (2001, p.116) ²¹: “a atual crise da atenção à saúde está ligada ao exercício cotidiano desse saber biomédico, cuja racionalidade procura ‘fatos’ numa relação de causalidade linear e mecânica”.

O segundo trecho, se aproxima dos modelos de Abordagem Centrada na Pessoa e da Clínica Ampliada ou “Clínica do Sujeito”, dialogando com o usuário, compreendendo-o como sujeito de sua própria vida, onde se explora a experiência da pessoa em estar doente, e se busca elaborar um plano terapêutico com responsabilidades compartilhadas, comum ao médico e ao usuário, intensificando a relação profissional-pessoa que busca cuidado ^{17, 22}. Campos (2002, p.59) ²²: “O objeto da Clínica do Sujeito, uma clínica onde a doença sai do foco para que o usuário seja o protagonista, inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito”.

Apesar de ter sido proposta uma definição ampliada de adesão, prevaleceu no discurso do grupo, a adesão à terapia medicamentosa e por várias vezes houve recorrência de frases como “*se tá usando o remédio*” e “*se tá tomando o medicamento certinho*” ou ainda “*falta de remédio não é*”.

Em relação à percepção do grupo sobre a adesão do usuário com hipertensão arterial sistêmica no geral e, também, do usuário da USF do Terreiro de Jesus, pontos

levantados foram de que a não adesão terapêutica era grande e crescido a isso grande irregularidade no comparecimento dos usuários às consultas:

“A minha experiência enquanto enfermeira é de que eu não atendo consulta de hipertensão [...] porque eles (os usuários) vêm atrás da receita. [...] O que eles querem é a medicação. Tendo a medicação eles vão embora. Não tem essa frequência, essa regularidade. Não tem essa adesão aqui na unidade”.

Foi observado, ainda, que os usuários hipertensos cadastrados no serviço “*não são os usuários que mais chamam a atenção*” e que “*não é tratado adequadamente*”, referindo-se a adesão parcial, além de desatualização nos registros e falta de cadastramento dos usuário no SISHIPERDIA, o Sistema de Informação de Hipertensão Arterial e Diabetes, do Ministério da Saúde, no âmbito da atenção básica. Nesse momento também foi debatido o desconhecimento da comunidade residente no território abrangido pela unidade de sua existência. Como se observa no comentário a seguir:

“Mas sabe o que acontece também? Tem muita gente que não sabe que existe isso (a unidade de saúde) aqui. [...] E tem gente que quando fala do posto de saúde do centro histórico pensa logo no 19º. [...] Esse posto quando ele foi inaugurado a comunidade não foi convidada. [...] a única comunidade convidada foi a gente (os ACS)”.

Essas narrativas chamam a atenção para a forma como foi construída a relação desse serviço com a comunidade para qual é referência, tanto pela maneira como foi inaugurada, sem convidar a comunidade e sem muita divulgação, como na forma de atuar em torno dos problemas crônicos, como hipertensão arterial sistêmica; essa atuação parece não ter amadurecido o suficiente ainda, a ponto do cuidado à pessoa com hipertensão restringir-se à “receita”. É importante apontar que essa forma das pessoas buscarem o serviço é construída na relação da equipe com as mesmas, e não somente uma questão inerente aos usuários (as).

A percepção do adoecimento, levantada como uma das causas da não adesão tratamento, depende de dois conceitos-chave: *disease* e *illness*, distinguindo doença de experiência de doença. “*Disease*” é uma construção teórica pela qual se busca explicar os problemas das pessoas em termos de anormalidades de estrutura e/ou função de órgãos e sistemas. Inclui características físicas e mentais, é a doença como um processo biológico e comum a todos. “*Illness*” é a experiência pessoal e subjetiva da pessoa, é a

alteração do comportamento de alguém que se sente doente, uma experiência única que contempla ideias sobre a causa do adoecimento, sentimentos sobre estar doente, impactos sobre a produtividade e expectativas do usuário para com o serviço de saúde

17 .

A narrativa abaixo mostra esse aspecto, a construção da experiência de doença:

“É percepção do adoecimento, porque hipertensão e diabetes são complicados realmente, você não tá sentindo nada na maioria das vezes [...] a pessoa tá ótima e a pressão altíssima e dizer que tá doente. Como assim tá doente?”.

Em seu texto *Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema*, Toledo *et al.* (2007, p.234) ²³ chamam a atenção de que: “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”.

A compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, implica em reconhecer quais são as formas de produzir e consumir de uma sociedade que determinam o processo saúde-doença e que os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos universais e as necessidades de saúde específicas precisam ser conhecidas para serem incorporadas aos processos terapêuticos dos trabalhadores da saúde (Toledo *et al.*, 2007, p. 233).

Por sua vez, quando perguntados sobre as estratégias que utilizam para promover a adesão terapêutica, os profissionais afirmaram que, para eles, é importante respeitar os “porquês” do usuário e buscar saber os motivos da não-adesão. Além disso, a ideia de ilustrar outros aspectos da vida do usuário que seriam beneficiados pela boa adesão também foi citada.

“Eu costumo falar que sempre existem várias coisas que podem ser feitas pra tratar a hipertensão e começo falando pelas medidas centrais que a pessoa pode ter, por exemplo, fazer atividade física[...] perder peso [...] e também o remédio. [...] E aí a pessoa tem tanto problema, constipação, insônia, ansiedade, fadiga no trabalho, que a atividade física vai melhor. Então é interessante também colocar outros aspectos da vida da pessoa que vão melhorar com essa mudança do estilo”.

“[...] acho que geralmente perguntar, o que ele (usuário) acha que pode fazer pra melhorar, o que ele deve fazer pra melhorar. [...] eu pergunto se ele quer

saber o que eu acredito que ele poderia fazer, porque se ele já diz que não... Acho que fica até mais fácil de ouvir”.

Outros aspectos levantados como estratégias foram o bom acolhimento do usuário pelo profissional, e o uso de táticas específicas para a população analfabeta e em situação de rua, exemplificado no exposto adiante:

“Tem essa senhora mesmo, não é idosa, é obesa, [...] sem-teto e não sabe ler. A pressão dela tá sempre lá em cima, e ela sempre vem a mim. Ela tem uma boa adesão comigo [...] Ela veio um dia desses [...] fui checar a receita e tinha medicação que já tava acabando, muitas cartelas (vazias) e outras tinha um pouquinho, mas que já deviam tá acabando também. [...] Aí que a gente foi pegar e fez com luva um bocado de saquinho. O saquinho da manhã com o solzinho amarelo, o saquinho de meio-dia vermelhinho e o saquinho da noite a gente colocou uma lua, preto. Botou nos saquinhos pra ela e ajustou pra 15 dias. Ela ficou numa felicidade que dava gosto de ver”.

No trecho acima, a importância do vínculo desenvolvido com o usuário é muito pertinente, é a exemplificação de algumas ideias já discutidas parágrafos anteriores. Aqui o profissional que acolhe a senhora da narrativa tem sensibilidade para perceber as necessidades dela e como o meio social interfere em sua adesão, na tomada de remédios e comparecimento as consultas, mas sem esquecer que a hipertensão é um problema e deve ser tratada. Assim, ele consegue cuidar, acolher e, possivelmente, causar bom impacto sobre a adesão, incluindo a usuária em suas decisões sobre a terapêutica.

Quando discutido o tópico sobre as estratégias usadas para perceber a não-adesão, os fatores claros de piora clínica durante as consultas, como ganho de peso e níveis pressóricos continuamente elevados, o absenteísmo nas consultas e/ou a procura de consulta extra quando em crises foram descritos como maneiras de avaliar a adesão. As próprias negativas dos usuários, reconhecimento de expressões faciais e/ou corporais, atitudes e se há conhecimento ou não sobre a doença e o tratamento; se recorda nomes, doses e horários de medicamentos, também foram respostas apresentadas.

“Eu costumo perguntar assim o que tá usando, qual a medicação e quantos comprimidos [...] mas pergunto o quê. Porque o fato da pessoa saber o nome, se é um de manhã ou de noite, pelo menos mostra que ela sabe como usar”.

“[...] mas as vezes você vê pelo semblante da pessoa, se ela tá bem.[...] Hipertensão é uma coisa muito sensível, é uma coisa que tem que ter o máximo de adesão e fazer tudo certinho porque quando você tem qualquer

problema a pressão sobe.[...] tem sempre que ficar observando as pessoas. Tem umas que você olha e sente que não tá bem, bastou olhar pra fisionomia”.

Já no que se relaciona às explicações para a não adesão, os participantes acreditam que “*a ignorância em relação a doença*”, desconhecimento do tratamento, a ocorrência de outros problemas, como vulnerabilidade social, a não aceitação da doença ou do cuidado profissional, orientações repetitivas e pouco criativas, a escassez de agentes comunitários na cobertura do território, são fatores que justificam a má adesão terapêutica.

“Se muda a cor (do comprimido) eles também ficam perdidos e às vezes muda. Aí acha que tava tomando um e mudou e a embalagem parece com outra. [...] tem que saber o nome. Nem que seja do jeito deles, de uma forma errada, mas que a gente entende”.

“Tem o desconhecimento da doença às vezes, não sabe o que pode causar. Tem medo da medicação ou efeito colateral que uma pessoa ou outra teve. Tem aí os motivos por de trás, as vezes a pessoa tá deprimida, tem ganho secundários com a doença, as vezes se acostumou que é normal ter pressão alta quando chega em uma determinada idade”.

Os achados acima corroboram com os dados da literatura encontrados por Marshall *et al.* (2012)²⁰. Eles sugerem que as causas para a má adesão são complexas e incluem esquemas e regimes terapêuticos complicados, custo da medicação, idade avançada, suporte social precário, problemas cognitivos e depressão. No entanto, os mesmos autores sugerem que os pacientes tem sim conhecimento de que a hipertensão causa sérias complicações como acidente vascular cerebral (AVC), doenças cardíacas e morte, ao contrário do exposto na narrativa.

A falta de praças, políticas públicas que estimulem a prática de atividade física e ausência de áreas de lazer no Centro Histórico foram considerados elementos relacionados a não adesão. Os profissionais acreditam também que a representação da comunidade do Centro Histórico, o perfil epidemiológico da população e o recorte das micro-áreas cobertas pela equipe não favorecem a boa conduta terapêutica.

“Falando também das caminhadas, toda vez que o distrito (sanitário) organiza uma caminhada... Lá pro Dique?! Fica complicado, as pessoas já não querem vir aqui e ir pro Dique (do Tororó). E não dão nem uma condução pra levar aqueles que querem ir pra caminhada dos hipertensos. Não, querem que a pessoa vá e volte andando”.

Na última pergunta, sobre os sentimentos provocados pela falha terapêutica frustração, tristeza, compreensão e “ficar bravo” foram os trazidos. Seguem trechos da entrevista:

“Eu tenho ficado menos brava, como era antes [...] ainda acontece, mas tem acontecido menos. E quando acontece eu reflito sempre [...] Não é o caso de você desistir de lançar novas estratégias [...] Ter paciência, tem que ter paciência, não dá pra ficar brava. Às vezes eu fico. Reconhecer que essa não é uma postura adequada, e se questionar também porque tá ficando chateada, porque será que a gente quer que o paciente faça tudo do nosso jeito”.

“Não acho legal esse sentimento de frustração, de não conseguir. [...] Até quando o paciente é grosso [...] Porque as vezes não é voltado pra você, pra pessoa, é voltado pra Instituição”.

“[...] A maioria deles não vem e diz - ontem eu curti, ontem foi um dia maravilhoso, não, geralmente eles vêm pra você meio que, uma válvula que tem pra chegar e falar alguma coisa. Não é que você não vá tentar resolver, mas se levar isso pra sua casa, isso te acaba. Então as reuniões são necessárias pra expor essas coisas. As coisa boa e as ruins, porque nem sempre são coisas boas”.

O primeiro trecho dispara uma relevante reflexão em torno da construção política e social do papel do profissional de saúde, em especial do (a) médico (a), como o único “sabido”, legitimado pela ciência e pela academia, que possui o conhecimento sobre que é melhor e mais adequado para o corpo e para a vida do outro. Assim, o entendimento dos usuários em relação ao papel dos profissionais de saúde, bem como a imagem que os próprios profissionais constroem de si mesmos, leva à ideia equivocada de que orientar mudança de estilo de vida, prescrever medicações ou solicitar exames são suficientes para que o usuários cumpram automaticamente, quando sabemos que não é exatamente isso que ocorre, principalmente no contexto da atenção básica. Com essa ideia equivocada, podem vir sentimentos de frustração, raiva e impotência em relação às pessoas que não cumprem ou não aderem ao que é prescrito ou orientado.

Esse entendimento aprofunda a desigualdade em uma relação de poder entre o (a) profissional de saúde e o (a) usuário (a) que já é bastante desigual, na medida em que o saber profissional, na nossa sociedade, lhe outorga o direito de afirmar o que é certo e o que é errado em relação à saúde, aos corpos e, também, aos comportamentos humanos, o que está intrinsecamente ligado ao exercício de poder nas relações que estabelece com as pessoas que buscam cuidado em uma perspectiva biopolítica.

É interessante, no entanto, notar que o profissional que relatou esse sentimento, trouxe que tem refletido bastante sobre os motivos pelos quais isso acontece, e que esse sentimento de raiva em relação ao usuário não aderente tem acontecido cada vez menos. Esse movimento de auto-análise é central no sentido da atenção básica brasileira não se endurecer e não se tornar, em grande medida, uma estratégia biopolítica de controle das formas de viver na nossa sociedade de controle^{24-6*}.

A discussão em torno da adesão terapêutica no contexto das doenças crônicas não-transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica, é reveladora desse papel que a atenção básica pode jogar, e que tem jogado efetivamente, no controle das formas das pessoas produzirem suas existências e se comportarem.

V. 3. Análise das narrativas do segundo grupo focal

O processo de trabalho foi um tema recorrente no segundo grupo focal, bem como esse processo influencia na produção do cuidado e na educação em saúde. O fato de não haver agenda programática e a possibilidade de encaixar os usuários em qualquer dia da semana foram apontados como pontos positivos. Entretanto, a consulta como *“coisa rápida, que a gente tem que ir correndo pra fazer no horário”*, foi citada como um fator que atrapalha a boa adesão.

“Uma coisa que eu tenho observado é a marcação da agenda ser em um dia só. Isso é muito ruim, mas é o jeito que a gente encontrou pra organizar o território, porque acabava que a gente atendia mais pessoas de fora da área (de abrangência da unidade) do que da área. [...] muitas pessoas às vezes chegam falando que já queriam ter marcado e não conseguiram porque naquele dia específico não poderia vir aqui marcar e isso me deixa um pouco desconfortável, mas é a forma que a gente tá conseguindo se organizar agora pra que mais lá na frente não seja mais desse jeito”.

“Agora, uma coisa que eu observo que a quantidade de pessoas que tem numa equipe, a quantidade de pessoas que a gente tem pra atender por turno, o próprio processo de trabalho em geral, [...] coisas que vão te ganhar tempo de consulta tá relacionado a esse trabalho de orientação. Porque é muito mais fácil aumentar (a dose). Ao invés de eu escrever 01 escrever 02 comprimidos de um anti-hipertensivo do que perguntar sobre alimentação e o a pessoa

* Segundo Deleuze (1992) a sociedade de controle iniciou no período pós-guerra, no contexto da crise do período anterior, designado por Foucault como sociedades disciplinares, cujo apogeu foi no século XX. As sociedades de controle são caracterizadas pela biopolítica, que tem como estratégia a gestão da vida humana enquanto espécie, tomando o corpo como suporte de processos biológicos (nascimentos, mortalidade, nível de saúde, longevidade)²⁴⁻⁵. “Para a sociedade capitalista, [...] o corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2006, p.80).

pensa que pode fazer pra melhorar. [...] às vezes eu sinto uma pressão de todos os lados pra que atenda muito e atenda bem, essas duas coisas são um pouco difíceis de serem feitas”

O descrito acima levanta a questão como a organização do processo de trabalho é influenciada por interesses econômicos ou lógicas de produção, em maior ou menor grau, como cita Campos ²² em seu texto *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada* .

as organizações de saúde podem criar ambientes e situações mais ou menos protegidos de todas estas determinações. Instituições mais ou menos permeáveis a estas múltiplas forças e interesses em jogo. Não que esta postura seja sempre vencedora, o que se está reconhecendo aqui é a existência de organizações em que o interesse econômico aparece antes que o do paciente, em que a lógica política e de poder se sobrepõem à razão da cura ou da reabilitação de pessoas (Campos, 2002, p.60).

Podemos refletir que uma secretaria que exige muito atendimentos por turno pode parecer que está querendo simplesmente ampliar o acesso dos usuários à atenção básica; no entanto, se refletido de outra perspectiva, um profissional que atende inúmeras pessoas por turno dificilmente consegue fazer mais do que isso (a consulta como procedimento, centrada no médico, e em procedimentos de maneira geral). Todavia, se esse atendimento mais numeroso não vem de uma pressão da “gestão” do município e, sim, como uma estratégia provisória da equipe para ampliar o acesso e incluir a demanda reprimida, articulada a outras estratégias de cuidado mais longitudinais, pode não ser uma oferta restrita e pontual, mas, sim, uma oferta adequada àquela situação, naquele momento específico.

A questão espacial, tanto do território, como da unidade, abordada anteriormente, também foi elencada como um fator que afeta negativamente o trabalho e a relação com o usuário.

“A estrutura da unidade, que é meio confusa. Se eu fosse um usuário eu ficaria meio confuso, não tem sinalização direito. Tem a recepção, mas você não sabe o procedimento direito. O fluxo fica confuso. Sempre que chega um usuário na sala, aquele usuário nunca sabia que é possível vir na unidade só medir a pressão, várias pessoas não sabem isso. Vários pacientes perguntam se podem vir só pra medir a pressão. Outra coisa também é o território. Várias pessoas que são atendidas na unidade moram embaixo do nosso território, não mora aqui em cima no Pelourinho. Uma parte mora embaixo, então contam que não vão subir a ladeira pra ir pro posto só pra medir a pressão”.

Do mesmo modo, a sistematização do trabalho orientada por protocolos governamentais também foi apontada como ponto dificultador nos quais “*a gente se coloca de refém e quer colocar o usuário também de refém*”.

“Eu acho que os programas do Ministério (da Saúde) às vezes enquadram um pouco a consulta, o cuidado, como um todo, do usuário. [...] muitas vezes eu fico procurando a caixinha daquela pessoa. Ontem mesmo eu atendi um senhor, um artesão, aqui dessa rua, que tem hipertensão, teve um AIT (acidente isquêmico transitório) – explica para os colegas o que é- [...]e isso é um detalhe na vida dele.[...] saiu contando tanta coisa, tanto lugar que ele já foi, tanta coisa que ele se propõe a fazer com a vida dele que é tão é pequeno a gente dizer (que ele é só) ‘ hipertenso, AIT prévio’ e que acho que entra um pouco na orientação, que acaba sendo pra uma parte muito pequena da vida dele que é a hipertensão”.

“Acho que a gente é meio capturado mesmo pelas ações programáticas. No Pelourinho é muito difícil de se fazer isso, o paciente não deixa. A sensação é de que tem tanta vida neste meio que a hipertensão é algo a mais na vida da pessoa e que a gente se concentra muito. [...] é a sensação que a gente tem que desenvolver de verdade a criatividade com esses pacientes, [...] às vezes eu me deparo pensando no quanto a gente encaixa a pessoas. Aqui me faz refletir sobre isso e quanto eu encaixava mais (no antigo trabalho). Há essa sensação de ver as pessoas ‘vivas’ e isso me faz perceber que elas sempre foram ‘vivas’”.

Convém ressaltar que o discurso de “procurar a caixinha” já havia sido identificado no primeiro grupo em relação às orientações feitas por um agente de saúde que procurava como “*orientar e não orientar com aquela ‘caixa’ do que tem que fazer*”.

Compreendemos que o tema da “caixinha” e do “enquadramento do usuário” nos programas do Ministério da Saúde é uma pista de como aqueles se expressam no cotidiano da atenção básica. O diálogo acima fala sobre capturas que podem produzir objetificação das pessoas, empobrecimento das ofertas da equipe, pouco diálogo com as singularidades e restrição da criatividade ao construir as estratégias terapêuticas. Apesar disso, temos clareza que muitos profissionais e usuários resistem a essas capturas inventando formas de não se enrijecerem na dureza dos Programas. Resistir ao impulso “da caixinha do hipertenso”, demonstra, de fato, que:

É possível romper o pensamento biologicista monológico, dentro do próprio contexto médico, sem, simploriamente cair na tentação contrária de acreditar que tudo se explica pelo ‘social’ ou pelo ‘emocional’. O ‘olho clínico’ (para

usar uma metáfora médica) distingue as várias razões sem reduzi-las a uma parte apenas. (Rozemberg e Minayo, 2006, p.121)

No momento em que perguntados sobre o “usuário-problema” e os sentimentos gerados por ele, mesmo quando explicados que poderiam ser bons ou ruins, as palavras mais frequentemente usadas foram frustração, sentido, chateado, irritado e bravo. Em sua maioria os “usuários-problema” foram ditos como desafiadores, difíceis e teimosos, mas que não se deve desistir deles.

“Tem aqueles que quando segue a orientação, tudo direitinho, você vira fã. Porque eles (os usuários aderentes) servem de referência para os outros também. Mas quando você pega um que você orienta e ele não faz nada, você fica sentido né?! Poxa! [...] tem uns que além de não seguir ainda não gostam (de ser orientados). Achem que você tá insistindo, mas é a profissão. Tem uns que são ‘show de bola’ outros que são ‘bola-murcha’”.

Porém, ainda mais singular foi uma dúvida comum levantada no grupo após essa questão. Eles revelaram que tem dificuldade em saber quando respeitar a autonomia do usuário e não insistir pela boa adesão ou quando insistir pela boa prática profissional e pela boa adesão terapêutica.

“Eu tenho sentido dificuldade de saber o limite entre respeitar a autonomia da pessoa, mas também trabalhar as questões relacionadas a vida dela como um todo, que trazem sofrimento pra ela. Porque às vezes isso não tá tão elaborado, não tá na superfície da pessoa ‘hoje o que é que me causa problema’ [...] qual é a hora de parar, mas também qual é a hora de insistir, investir naquela pessoa? [...] então isso é uma coisa que na prática tem me pegado um pouco. Qual é hora de questionar alguma coisa, qual é a hora de ficar mais em silêncio?”.

Mesmo considerando a possibilidade de “não respeitar” a autonomia do usuário ou de “não investir” nele, o discurso acima remete à compreensão de que a relação de cuidado é mais do que o diagnóstico e a prescrição, passando por entender qual o momento de vida o usuário está passando, o que está sentindo, etc. Outro aspecto interessante é o exercício auto-analítico que esse profissional demonstrou fazer nesse trecho; uma reflexão sobre como produz suas práticas de cuidado

Percebeu-se também que os “usuários-problema” obrigam o profissional a ser mais criativo, saber administrar a consulta e adequá-la para cada indivíduo, que se deve

investir no “*jogar conversa fora*” com uma “*escuta ativa diferente*” com o propósito de se criar vínculos com os usuários.

“Às vezes falta um pouquinho de ‘jogar conversa fora’ e na ‘conversa fora’, que nunca vai ser jogar conversa fora, naquela escuta ativa diferente, de conversar outras coisas, a gente descobre novas coisas, que a gente pode usar e ajudar ele (o usuário) cuidar (da saúde). E essa coisa que você ajudar ele a se cuidar cria um vínculo e abre portas pra outras coisas. Às vezes falta parar e pensar em organizar o tempo da consulta e gastar em outra coisa[...] e escutando você percebe que tem mais ferramentas, que consegue oferecer mais coisas pra vida daquele paciente e isso é legal. Eu tenho tentado fazer esse exercício”.

“[...] as pessoas aqui nunca tiveram essa atenção de ter um médico que vá visitar na casa deles. Então é um trabalho de formiguinha. Dá sim, vontade de parar, mas a gente sabe, quem é morador daqui sabe, o olhar que as pessoas tinham do Centro Histórico é de (um bando de) zé ninguém [...] dá raiva sim a gente ir nas casa, marcar as consultas e eles não virem, mas em compensação você pensa ‘ não, foi assim que começou esse trabalho aqui’”.

“[...] é tudo muito dinâmico, e a gente tem que estar sempre fazendo esse exercício entre o que é a autonomia da pessoa e o que é também tá trabalhando como um facilitador pra outras coisas, respeitando essa autonomia. Porque as pessoas daqui e das periferias e aí eu digo do Centro Histórico, que eu tô vivendo agora, elas tem poucos direitos, e nós como profissionais de saúde, como cuidadores, é nosso papel também construir esses direitos conjuntamente ou instituir os direitos que já existem por lei, mas na prática não tem”.

Finalmente, lançada a última pergunta, quando indagados sobre o que é uma equipe de saúde da família e qual seu papel em relação à saúde das pessoas, os profissionais trouxeram explicações de que uma equipe de saúde da família tem o papel de cuidar, de ser ponto de apoio e uma referência para a população. Discorreu-se sobre de que maneira se dá a criação dos vínculos com a comunidade, às vezes mesmo contra vontade e que um sentimento mútuo de respeito entre colegas de trabalho entre profissionais e usuários é fundamental para se ter saúde.

“Rapaz, eu acho que é cuidar né? Num todo, num geral. E acaba que você se envolve com aquelas famílias que você trabalha mesmo que você não queira, você cria um vínculo, mesmo que você saia de lá”.

“Eu acho que a saúde da família é um serviço, é um lugar que se propõe a cuidar das pessoas ali do território e acho que deve pautar a vida na vida e não a vida na doença. E aí é que eu acho que tá o grande desafio nosso, escolher sair desse lugar, de escolher a doença da pessoa pra outra forma de propor o cuidado mesmo. E precisa ter criatividade, é um trabalho que desgasta também, é bem complexo”.

“Eu acho que a saúde da família pode ser várias coisas, a equipe pode exercer várias funções. Às vezes é até perigosa a maneira como a gente se porta junto a vida das pessoas. A gente pode muito vigiar e controlar a vida daquelas pessoas. [...] é ensinado a controlar muito a vida das pessoas, a seguir aqueles parâmetros, dentro daqueles valores de referência e eu acho que o papel, isso de ser um trabalho muito próximo das pessoas, a questão do vínculo, chega a ser desgastante porque chega muito perto da vida da gente de verdade”.

A proposta de pautar a vida na vida trazida acima está em consonância com a Clínica do Sujeito e se relaciona com o princípio abaixo:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de “reprodução social do paciente”. Amarante (1996) citado por Campos (2002, p. 52-3)

Por fim, os profissionais questionaram a função da equipe de saúde da família como um “*conjunto de cuidadores que não recebem cuidado*”.

“Acho que essa é uma função muito importante [...] de ser ponto de apoio, de tá ali quando a pessoa precisar, e tentar facilitar os processos da vida dela. Acho que essa é nossa função, ajudar com os processos de saúde e doença da vida dela. E quando a gente se coloca disponível pra isso, aberto pra isso, dá muito certo. Mas trazendo outra questão [...] este estar disponível é estar disponível pra escutar qualquer coisa. Coisas que vão trazer sentimentos bons, reflexões boas, mas também pode deixar a gente sem energia”.

“Eu sempre penso numa frase que um dos colegas (ACS) fala ‘A gente cuida dos outros, mas que é que cuida da gente?’. Porque tem vezes também que eu saio arrasado.[...] minha esposa pergunta o que aconteceu e eu digo que não é nada, que é do trabalho, porque eu não quero levar nada pra dentro de casa, mas me sinto péssimo”.

V. 4. Análise das narrativas dos usuários

Os dois entrevistados disseram que não acreditam que têm “pressão alta” e que esta é normal, mas se eleva por conta de aborrecimentos e situações vividas, diferente dos “outros” que já tinham hipertensão como doença, pois ela não decorria dos motivos por eles citados e que existem dois tipos de “pressão alta”. Cabe aqui ressaltar que o sexo (feminino ou masculino) e a maneira que este afeta a adesão vai de acordo com a

literatura, onde mulheres aparecem como mais aderentes e que frequentam mais os serviços de saúde.

Segue agora transcrição da entrevista sobre a adesão terapêutica e HAS. Em relação ao o que é HAS e quais seus tratamentos, CSM, feminino, 78 anos, diz não saber a que doença o nome se refere e que nunca havia lidado com hipertensão, apesar de dizer que lida com “problema de pressão alta”, como explica no seguinte:

“Não. Não vou dizer que eu sei porque eu nunca lidei com negócio de hipertensão nenhuma, nem medicamento eu tomava, minha filha. Eu tenho uma dorzinha de barriga, uma vez no ano. Tudo normal [...]. Só tem esse problema que a pressão subiu. Tá até melhor”.

“Eu vejo falar muito de outras pessoas que tem, né?! E sempre tive medo”.

E continua sobre o próprio tratamento:

“Pra pressão só tomo os remédios que o médico passou. Inclusive, um medicamento pra evitar um ‘ABC’, uma coisa. [...] o Dr. que passou pra mim antes de sair. Disse ‘olha, vou lhe passar um remédio’. Ele viajou e eu não sabia que ele não ia voltar. ‘Vou lhe passar esse remédio, esses comprimidos, não deixe de tomar. Tome até eu voltar’. Ele já foi e já voltou, não encontrei com ele, mas eu continuo tomando. Todo dia eu tomo um comprimido”.

Quando perguntada sobre o tratamento da hipertensão e se há alguma cura, reafirma que desconhece a doença e não sabe o tratamento específico, mas completa:

“Acho que quase todas as doenças têm tratamento. [...] isso eu não sei se tem cura pra sempre. Acho que depende da pessoa que tem aquela doença. Gente muito nervosa tem que procurar ser mais calmo...”.

As percepções da usuária sobre o que é hipertensão e a categoria de “outros” na qual ela encaixa indivíduos que tem “pressão alta diferente da dela” se equipara aos achados da revisão de Marshall *et al.* (2012)²⁰. Eles encontraram em 5 dos estudos revisados que os usuários acreditavam que a hipertensão era uma condição distinta da pressão alta e foi observado ainda que em 7 estudos diferentes, a hipertensão arterial sistêmica era vista como um fenômeno temporário ou curável que não requer tratamento por toda a vida.

Quando questionada sobre boa adesão disse nunca ter ouvido falar do termo e desconhecia seu significado, mas que considerava muito importante seguir o tratamento corretamente, como aparece na fala a seguir:

“Ah eu acho! Isso eu acho. Acho que é muito importante. E eu sou muito obediente. [...]. Quando os médicos me dão uma orientação eu sigo”.

O termo “obediente” é bem significativo em relação à discussão do papel que a equipe ou alguns profissionais entendem que têm, de fazer com que os usuários sigam suas orientações; no entanto, o usuário também se coloca nessa relação e a produz. Dessa forma, voltando à discussão sobre biopolítica e sociedade de controle, essa possibilidade de alguém “mandar”, profissional, e alguém obedecer, o usuário, é a expressão, no campo da saúde, da forma como a sociedade se organiza. Mesmo se pensarmos que foi uma “forma de falar” dessa usuário especificamente, sabemos que é bem significativo em relação à maneira como se produz o cuidado hegemonicamente.

Sobre os tratamentos que conhecia para “pressão alta” disse:

“Só conheço de tomar os medicamentos e procurar não me aborrecer, ver problemas”.

Entretanto, após ser indagada sobre mudanças no estilo de vida continuou:

“Ah! Andar sim, alimentação não, porque eu nem como muito. [...] Nunca bebi ou fumei, graças a Deus. [...] Não deram porque eu vou logo dizendo, aí eles (os profissionais de saúde) só tomam nota”.

Quando questionada sobre quais os fatores que contribuíam positivamente para que o tratamento fosse seguido corretamente, tanto nas questões específicas relacionadas aos profissionais de saúde, quanto a ela própria como usuária, diz :

“A boa vontade das pessoas e como se diz, a maneira que a pessoa é, se sabe receber as notícias, porque tem gente que não dá importância, que o conselho não vale de nada. Se você me disser qualquer coisa aqui eu vou ficar entrando na sua, porque você já estudou alguma coisa, tem alguma pesquisa. Agora na rua, nada! Não tomo remédio de ninguém. Só tomo o remédio passado pelo médico”.

“É isso mesmo que eu to dizendo, eu mesma. Se você me passa um remédio eu venho porque tô confiando no médico, se não der certo eu falo com ele.

Não vou parar e... A não ser que seja uma coisa forte que eu tenho que parar naquele momento. Mas no outro dia eu já tô procurando eles pra avisar”.

Especificamente sobre a unidade e os trabalhadores continua:

“A orientação e os medicamentos. [...]Cuidado, bons médicos, com boa vontade. Todos os médicos que eu já passei por aqui são muito bons”.

Sobre as questões que contribuía negativamente para o bom seguimento da terapêutica comentou:

“Pra mim o que atrapalha é a pessoa não seguir o tratamento. ‘Compro o remédio, não tomo, não bebo’. Ou às vezes se atrapalhar. Isso acontece, por exemplo, eu mesmo que nunca tomei remédio nenhum, tomando muito remédio. Poxa, isso atrapalha, mas tem que saber controlar. [...] Atrapalha às vezes sim, não a saúde, atrapalha a pessoa que se perde. Porque eu tenho também problema de vista e vou ao oftalmologista e tem isso e isso”.

Quando questionada sobre o que faria ao se sentir mal com um tratamento respondeu:

“Eu tenho que procurar outro médico ou falar com aquele médico que não tá dando certo, alguma coisa. Mas nunca aconteceu nada comigo. Qualquer remédio que eu tomo me dou bem. [...] Se eu estiver em tratamento ainda eu tomo (os remédios), mas se não, eu vou diminuindo e conversando com o médico como eu tô ali”.

Para VAO, masculino, 74 anos, a ideia do que é HAS, se tem cura e qual seu tratamento é a seguinte:

“A gente precisa ter ideia de pressão arterial, referência de alguma coisa de coração, de circulação arterial, nas artérias, nas veias. Se vem, onde, como é que vem é que eu não sei. [...] acho que depende. Pode até ter cura se for gerada em certas circunstâncias, algum problema, alguma alteração, que viveu, alguma coisa que comeu, um susto qualquer, ela deve ter cura, porque é proveniente, ela veio... Você não é doente. Ela é consequência daquela hora. [...] é, às vezes a pessoa é assaltada, ou um marido ou a mulher morre, se você medir sua pressão vai tá alta. Vai ver a pressão como tá. Essa aí tem cura. Agora tem as pessoas que tem pressão alta e é uma doença. Aí não sei, pra ter cura. Pra mim quando é gerada a pressão de natureza de doença, pra mim não tem cura”.

“Eu sei que, geralmente, o tratamento se faz com medicamento, verifica a pressão. Remédios, a única coisa que eu sei que faz. [...] quem gerou a pressão alta do nada, precisa ser tratado, porque tem problema. Ela é silenciosa né?! Você dorme e não acorda... E o tratamento é remédio, tomar o remédio todo dia. Já eu, no meu caso, eu tenho pressão alta por causa desses dois acidentes que eu te fale”.

Nos diversos estudos revisados por Marshall *et al.* (2012)²⁰ as principais causas associadas à hipertensão pelos pacientes eram estresse, comida, sobrepeso, história familiar e álcool. Os participantes associaram fortemente estresse e preocupações como causa, exacerbação e ainda uma consequência da hipertensão. O usuário entrevistado acima acredita que os acidentes que viveu, eventos estressores significantes acontecidos no passado, são a origem de sua doença e, portanto, ela é provisória e as medicações vão curá-lo.

Quando indagado sobre outros tratamentos além do medicamentoso, como mudança no estilo de vida, expôs o abaixo:

“O pessoal fala, mas tem problemas que a gente... Exercício eu faço em casa. [...] piora a pressão. Hoje você beber, viver em bebedeira, o cara que tem determinados problemas, pode ter certeza que ele tá puxando mais um problema. [...] Esses infartos do miocárdio, pode olhar que a pressão do cara tava alta. Tem problema, o cara às vezes come muita carne vermelha, bebia muito. Antigamente o pessoal falava que uísque era bom pro coração. Hoje se sabe que ele gera pressão alta”.

Sobre boa adesão terapêutica e seu significado expôs o seguinte:

“Adesão ao tratamento eu não sei, mas a palavra adesão é... Se você me falar alguma coisa e eu aderir aquilo, sentir que você vai me dar um tratamento. Tô certo?”.

Entretanto, apesar de considerar a boa adesão ao tratamento importante segue com o discurso abaixo:

“É muito importante isso (a boa adesão), ‘pras’ pessoas que tem problema tratar. Já tem um problema, ‘ah, não é nada de demais’, não vai tratar. É isso que eu digo a você. Nisso pode até alguém ficar bom, não sei se alguém que tem hipertensão pode ficar bom. Mas no meu caso, tem vezes que eu fico 2 anos sem tomar remédio. Sabe quando eu tomei remédio? No final do mês retrasado. Tem 60 dias que eu tô sem remédio, comprei uma caixa com 30 e tem uns 15 comprimidos ainda.[...] Eu nem digo, assim, às vezes o remédio vence e eu jogo fora, porque eu não tomo o remédio”.

Se estamos atentos, podemos ver que os usuários aderem ou não por muitos motivos, mas um aspecto central é a forma como ele compreende que o que tem é um problema e se lidar com esse problema cabe na vida dele, se e ele deseja encarar isso; porque, as vezes, não considera um problema, ou não consegue colocar esse problema

no centro de prioridades na sua vida; às vezes só é problema para o profissional de saúde e este fica tentando “gravar” na cabeça do usuário que ele tem um problema, sem procurar compreender como o usuário entende esse processo todo, se é ou não problema para o usuário também.

E completa como o porquê de não usar os medicamentos:

“Porque eu não sinto nada... (dá risada) Tá aí o problema, às vezes a gente não sente nada, mas o perigo tá ali. Não tá sentindo nada, mas explode uma bomba”.

Na revisão “*Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research*”, os autores encontraram que evitar ou reduzir o tratamento, deliberadamente, foi um tema recorrente em diferentes estudos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e que isso se associava a períodos assintomáticos experienciados pelos usuários, chegando ao ponto de somente usar a medicação exclusivamente na presença de sintomas²⁰.

Essas crenças se assemelham ao encontrado no trecho abaixo, já que o usuário entrevistado experimenta interromper o tratamento ao se considerar assintomático ou com a pressão controlada e, ainda, afirma que o número de remédios tomados ao longo do dia influenciaria seu bem-estar.

“O remédio que me passaram aqui eu nem sei, não me fez bem, me empolei todo. Nunca me passaram outro, foi na primeira vez que tomei. Desde 1991 eu tomo Renitec® (maleato de enalapril). Mas às vezes por não sentir nada, por sentir que tá bem você deixa de usar o remédio, várias vezes já venceu caixa de remédio e que eu até esqueci e tomei vencido. [...] Vou te dizer uma coisa, eu tomo sem sentir, mas o trabalho, eu saio de manhã, chego de noite, e aí não tomo o remédio. [...] Atrapalha porque eu não fico em casa e não levo no bolso. [...] Se eu me sentir bem eu não tomo remédio. Se eu não sentir bem eu tomo a qualquer hora o Renitec® (maleato de enalapril). Eu também tomo remédio pras veias, que o médico passou e eu acho que também ajuda na pressão, ajuda a relaxar as veias, então se é pras veias também melhora algum sistema no sangue... [...] Às vezes é o esquecimento e a gente se deixa”.

“Não sei, tem gente que eu vejo dizer que toma 10 remédios, não sei, [...] Cinco remédios no dia, tem gente que toma. Não sei se pode fazer bem ou mal. Não acredito que façam mal, mas também não vou dizer que não faça [...] Pode ser até consequência da doença, mas eu acho que se o médico me passasse cinco remédios por dia eu não ia me sentir bem não. Cinco remédios por dia? Quem toma cinco, seis remédios por dia tá perto de morrer, tá nas

últimas. Todo dia você tomar cinco remédios, a situação deve tá muito ruim, pode ter certeza.”

Fatores externos também são citados na revisão de Marshal *et al.* (2012)²⁰, como fatores limitantes para a adesão. Os participantes referiam se esquecer das doses dos medicamentos ou ir a uma consulta médica, quando muito ocupados e com muitos compromissos. Assim como no relato do usuário acima, existe uma não-adesão ou adesão parcial não-intencional, por causa do trabalho e das ocupações diárias.

Sobre os fatores que contribuía de maneira positiva ou negativa para que seguisse o tratamento, tanto em relação aos profissionais de saúde, quanto a ele próprio e o tratamento, respondeu:

“Aqui no posto nada atrapalha, aqui me orientam, falam pra eu tomar o remédio, que tá com a pressão alta. 14, 15, 16. (mmHg, PAS). Mas é como eu te falei, fiquei muito internado, fiz muitos exames, tenho bexiga neurogênica. Então eu acho que quando você tem uma infecção pode olhar que sua pressão sobe”.

“Se o médico passou uma receita ajuda porque ele tá dando uma receita pra aquela consequência. [...] a receita é fácil. Porque a gente não deve nem atender muito a receita. A partir do momento que ele disser que toma de manhã, ou de noite, ou 2 vezes no dia, então a gente já sabe que a receita tem 2 vezes no dia. [...]Dizer pra tomar 7 da manhã e 7 da noite é prático e fácil”.

“O atendimento ajuda, todo mundo chama, as pessoas se interessam que você venha pra ser atendido, gostam de chamar as pessoas para serem atendidas ou vão atender na rua. O pessoal do posto é muito bom aqui. Na faculdade também. E o caminho de quem estuda medicina é tratar bem o paciente. O paciente pode até ser ignorante com o médico ou médica, mas o médico tem que reconhecer que o paciente tá doente, que tem problema”.

Quando perguntado o que faria ao não se sentir bem com algum tratamento respondeu:

“Você volta no médico e diz que esse remédio não tá me fazendo bem, tá acontecendo isso e isso. Ele vai trocar, vai pedir algum exame, vai fazer alguma coisa [...]. Se eu não me sentir bem com um remédio que você passou eu tenho que chegar e dizer ‘Olha Dra, não tá me fazendo bem não, tô sentindo isso, tô com dor de cabeça, de barriga, com o pé doente. Tá causando alguma coisa’. A médica vai trocar de remédio, porque tem outros remédios que podem auxiliar naquela doença e aí eu vou tomar”.

Porém relata o seguinte sobre uma prescrição recebida na Unidade de Saúde:

“Não era esse (Renitec®), mas eu não lembro o nome. Não me lembro se era 3 vezes ou 2 vezes no dia, eu não lembro. Sei que a Dra me deu o remédio, disse que tava alta (a pressão) e que eu pegasse o remédio no posto. Eu peguei o remédio e tomei, mas só que depois que eu tomei, passou uns dias e meu corpo ficou coçando e apareceu um monte de caroço. [...] Foi... tem um ano por aí. Mas eu não tomei, continuo com o Renitec®”.

V. 5. Limitações do estudo

É importante ressaltar que o tipo de estudo que elaboramos não pode delinear objetivos de pesquisa, isso parte dos pesquisadores e a partir daí, cabe reavaliar e redirecionar encontros após cada intervenção. Além disso, a conveniência da amostra limita as generalizações para uma população investigada.

São limitações intrínsecas do grupo focal: o completo anonimato entre os participantes do grupo, o grupo pode sofrer interferência de juízos de valores dos pesquisadores e alguns membros podem dominar opiniões o que pode distorcer achados. Também, os mesmos critérios que são necessários para a escolha dos sujeitos da pesquisa e que são condições fundamentais para representatividade das opiniões, são limitações do estudo, pois o usuário pode vincular o pesquisador ao serviço em que é atendido, podendo inibir-se em suas opiniões. O pouco tempo livre disponível dos profissionais tornou difícil recrutar o grupo. O método de convite aos usuários por telefone se configura como uma limitação do estudo, bem como a falta da visão de usuários jovens sobre o tema.

VI. CONCLUSÃO

1- A adesão é um fenômeno multidimensional. Assim, cremos que esta é influenciada por múltiplos e complexos fatores, os quais compreendem não somente a boa adesão à medicação prescrita, mas adequação da dieta e mudanças no estilo de vida, influenciadas por dimensões ou fatores que vão desde o usuário, passando pelos determinantes sociais da saúde, até a forma como o cuidado é produzido no encontro entre profissionais de saúde e usuários.

Apesar da experiência de doença de cada usuário ser pessoal e única e também únicas as razões para adesão ou não a terapêutica, as crenças, opiniões e percepções dos portadores de hipertensão são compartilhadas, mesmo quando comparadas com a de outros portadores de hipertensão de diferentes culturas e possibilidades de acesso aos serviços de saúde.

2- A experiência de adoecimento, a produção do cuidado e a organização do processo de trabalho foram temas pertinentes em nossos grupos focais e entrevistas. Apesar desses achados, nenhuma das teorias ou modelos de adesão já citados no referencial teórico dialoga o suficiente com estes apontamentos. Ao agregar a noção de que a adesão ou não-adesão terapêutica depende, em grande medida, da forma como o cuidado é produzido, micropoliticamente, no momento em que se dá o encontro entre profissionais e pessoas que buscam cuidado, apontamos, também, que não há modelo explicativo que consiga abarcar todos os elementos relacionados com a adesão terapêutica.

Os modelos da *Abordagem Comunicacional* e a *Teoria dos Sistemas* fazem de maneira breve alguma relação com o que foi encontrado no estudo. Porém, o modelo *Biopsicossocial*, não referenciado propriamente como um modelo de adesão terapêutica, mas sim como uma opção de se produzir saúde e, por conseguinte, cuidado, é aquele que reforça uma visão integral do usuário, com o desenvolvimento de um vínculo pautado nas capacidades relacionais, onde o usuário seja o sujeito de sua vida.

3- Conclui-se então, que é central a fim de se conseguir uma boa adesão terapêutica, que os profissionais de saúde estejam abertos ao encontro com aquele que busca cuidado, deixando que a vida do mesmo invada a cena na produção do cuidado, tomando-o como sujeito de sua própria existência.

VII. SUMMARY

THERAPEUTIC ADHERENCE OF PEOPLE WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: PERCEPTION OF USERS AND HEALTH WORKERS OF A FAMILY HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR (BAHIA, BRAZIL). Background: Our country is passing through a fast epidemiologic and demographic change which lead to a expansion of the prevalence of non transmissible chronic diseases. The Estratégia de Saúde da Família stands out as a essential strategy which proposes to create a health care that is integral and also works as a follow up, especially for those who have non transmissible chronic diseases. Hypertension plays a important role because is the main risk factor to morbidity and mortality in acute myocardial infarction and stroke, death main causes in our country. Yet, a good control of blood pressure is challenging in health services' day-to-day, being the therapeutic non adherence a problem in maintenance of a correct blood pressure level. Objective: Considering the subjectivity involved on health care production and understanding this thematic relevance to medical education, this paper aims to identify and comprehend the related factors with therapeutic adherence and to the treatment of hypertension on primary health care throughout visions of service users and health workers. Methods: For this, we used Focus Groups and Semi Structured Interviews as data collect technique and content analysis way of analyzing the data collected. The subjects of this work were people with hypertension accompanied for a Equipe de Saúde da Família and caregivers members of this team, in the municipality of Salvador, Bahia, Brazil. Results and Discussion: The results expressed by the subjects of study are presented by narratives which emphasize illness experience, production of healthcare and working process and how the way consultation goes and the way it development affect therapeutic adherence and yet, how the current consumer relations affect healthcare production. Conclusion: It is central to achieving a good therapeutic adherence, that health professionals are open to meeting with one who seeks care, taking it as a subject of his own existence, generating therefore a treatment plan of shared responsibilities.

Key words: hypertension; patient-centered care; therapeutics

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hovstadius B, Petersson G. Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population - a patient-based register study. *BMC Health Services Research* [periódico na internet] 2011 [acesso em 23 jan 2014];11:326-2. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/326>
2. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009;27(5):963-75.
3. Dias AM, Cunha M, Santos AMM Dos, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 25 jan 2014];(40):201-19. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
4. Leite SN, Vasconcellos MDPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *CienSaude Colet* 2003;8(3):775-2.
5. Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento – conceitos. *RevBrasHipertens* 2006;13(1):23-5.
6. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993;72:68-4.
7. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation* 1997;95:1085-90.
8. Organização Mundial de Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action.[Internet] Geneva: WHO; 2010 [acesso em 30 jan 2014]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
9. Machado MM. Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Universidade do Minho (Braga, Portugal). Dissertação [Mestrado em Enfermagem]-Instituto de Educação e Psicologia; 2009.

10. Borges JWP, Magalh TM, Tha M, Rodrigues P. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial : uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2012 [acesso em 15 jun 2014];46(2):487-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=en
11. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004;12(4):665-5.
12. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Med 2006;30(1):60-72.
13. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface - comunicação, saúde, educação 2000;4(6):109-16.
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, organizador, Onoco R., organizador. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 9-18.
15. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. CienSaude Colet 2007;12(4):849-9.
16. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 212
17. Lopes JMC. Consulta e Abordagem Centrada na Pessoa. Em: Gusso G e Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade Vol. 1. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.113-26.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005;84, Supl I:S8-25.
19. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução nº. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 jun 2014;Seção 1

20. Marshall J, Wolfe CDA, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 15 mar 2015];345:e3953. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3953>.
21. Rozemberg B, Minayo MCSA. Experiência complexa e os olhares reducionistas. *CienSaude Colet* 2001;6(1):115-23.
22. Campos GWS. A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Editora Hucitec, 2002. p. 51-67
23. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(2):233-8.
24. Pelbart PP. *Vida Capital: Ensaio de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
25. Deleuze G. “Post-Scriptum sobre as sociedades de controle”. *Conversações 1972-1990*. Rio de Janeiro: 34, 1992.
26. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

IX.ANEXOS

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão Terapêutica de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica: a percepção de usuários e profissionais de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador (Bahia, Brasil)

Pesquisador: João André Santos de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30209514.9.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 675.134

Data da Relatoria: 05/06/2014

Apresentação do Projeto:

A Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS desempenha papel importante por ser a principal causa de morbimortalidade por desfechos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. No entanto, o controle pressórico é um desafio constante no cotidiano dos serviços de saúde, sendo a não adesão às prescrições médicas um fator relevante para explicar o não controle. Este fenômeno é extremamente comum na prática ambulatorial, em especial na atenção básica, sendo causada por inúmeros e complexos fatores os quais, por sua vez, levam aos médicos e as equipes de saúde da família a desenvolverem várias estratégias para minimizar esse que é encarado como um problema a ser combatido. Nesse processo, é frequente ocorrer certa culpabilização dos usuários, pelos profissionais de saúde. Considerando-se a multiplicidade dos sujeitos, reconhecendo que há uma produção subjetiva do cuidado e entendendo a relevância dessa temática para a formação médica, o presente trabalho visa a identificar e compreender, a partir da visão dos usuários e dos profissionais de saúde, quais os fatores relacionados à adesão terapêutica e às prescrições médicas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção básica. Para isso, lançará mão do Grupo Focal como técnica de coleta de dados e da análise de conteúdo como técnica de análise dos dados coletados. Realizar-se-á, assim, dois grupos focais: um com os usuários portadores de HAS

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 675.134

acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família e outro com profissionais de saúde atuando em equipes de saúde da família do município de Salvador-Bahia.

Os critérios de inclusão para os usuários serão:

Ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica;

Residir na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família; Estar devidamente cadastrado no "HIPERDIA".

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde serão:

Ser profissional de saúde;

Atuar em uma Equipe de Saúde da Família.

O material registrado durante a entrevista em grupo só será obtido com consentimento prévio no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Não havendo intervenção clínica. Será garantido total sigilo acerca da identidade dos participantes da pesquisa, sendo as informações desta pesquisa confidenciais, divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Compreender, a partir da visão do usuário e dos profissionais de saúde, quais os fatores relacionados à adesão terapêutica no tratamento da hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador- BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores afirmam que "o estudo não apresentará danos para a integridade física dos participantes, uma vez que não haverá intervenção clínica de nenhuma forma. Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa são mínimos, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante o grupo e ter opiniões expostas para os profissionais da equipe de saúde, uma vez que o usuário pode responsabilizá-los pela sua não adesão. Já os profissionais de saúde serão expostos ao risco de ser apontado como a causa da não adesão, que pode causar constrangimento". Sugerimos retirar a afirmação de não causar riscos físicos, pois dá ideia que somente esses riscos são relevantes. A Resolução CNS 466/12 afirma que os demais riscos psicológicos, emocionais ou até espirituais são de igual relevância em sua minimização durante uma pesquisa. QUAIS AS MEDIDAS QUE SERÃO TOMADAS NO CASO DE CONSTRANGIMENTO OU DANO EMOCIONAL? COMO SERÁ O ACOMPANHAMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA?

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 675.134

Os pesquisadores afirmam que o espaço e o incentivo à discussão e ao diálogo, através do grupo focal, onde usuários do serviço de saúde e os profissionais de saúde, poderão exprimir suas crenças e opiniões acerca do tema da adesão terapêutica, beneficiará a relação médico-paciente e o crescimento da confiança entre os usuários em seus cuidadores.

Além disso, afirmam que a prevenção de doenças e a promoção da saúde, em relação as DCV, levaria a diminuição das perdas de força no trabalho, menos internações, diminuição do impacto na economia e redução dos custos socioeconômicos. Ainda, a compreensão de como se dá a adesão terapêutica, discutida no contexto da atenção básica, que possui características singulares, levaria a menor necessidade de procura dos usuários a outros níveis de saúde, no contexto das doenças cardiovasculares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que objetiva investigar o processo de atenção à saúde em um programa de ESF em relação à adesão de usuário ao tratamento de HAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos necessários como anuência do serviço de ESF assinado pelo Direção do Posto.

Apresentou termo de compromisso do investigador.

Apresentou TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O INVESTIGADOR DEVE QUANDO AO TCLE:

1. Modificar para uma linguagem mais simples, substituindo palavras como: Morbimortalidade, Esquema terapêutico e Adesão, DENTRE OUTRAS.

ADEQUADO

2. Retirar a frase: você pode ou não participar da pesquisa. Substituir por: você é livre para participar ou não da pesquisa.

ADEQUADO

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 675.134

3. Retirar a frase do TCLE e da pesquisa "riscos mínimos".

ADEQUADO

4. Retirar a forma final de consentimento no TCLE que transfere responsabilidade ao participante da pesquisa. Substituir por: se você concorda em participar da pesquisa, assine este termo que é em duas vias, uma do pesquisador e uma sua.

ADEQUADO

QUANDO AO PROJETO:

Retirar do resumo e do texto a afirmação de que o estudo não causará danos físicos ao participante.

ADEQUADO

QUANTO AO RISCO:

Informar quais as medidas para acompanhar pacientes que informem danos psicológicos e emocionais consequentes da pesquisa.

ADEQUADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 05 de Junho de 2014

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa “Adesão terapêutica de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica: a percepção de usuários e profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador (Bahia, Brasil)”.

Instituições envolvidas: Unidade de Saúde da Família do Terreiro de Jesus - Pelourinho e Faculdade de Medicina da Bahia.

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Adesão terapêutica de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica: a percepção de usuários e profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família no município de Salvador (Bahia, Brasil)”, com objetivo de obter atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à saúde e adesão à terapêutica, ou seja, a participação e seguimento do tratamento prescrito, de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e de seus cuidadores profissionais em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador- BA.

O tema da adesão terapêutica em usuários hipertensos é muito importante, pois este tipo de doença é um dos principais fatores de risco modificáveis seja para a ocorrência da doença e morte por doença cardiovascular (DCV). As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, o que leva a custos médicos e socioeconômicos elevados. Os profissionais de saúde precisam conhecer melhor como se dá a não adesão (não participação e seguimento do tratamento proposto), para que possam estabelecer tratamentos mais adequados. Por isso, o estudo envolve conhecer vários os aspectos que resultam no sucesso ou fracasso do tratamento e terapêutica empregada.

Este estudo envolverá a participação de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica, acompanhados regularmente em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador- BA e profissionais de saúde da unidade. Você é livre para participar da pesquisa. Se quiser participar, deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você, mas se mudar de ideia durante a pesquisa, poderá sair a qualquer momento sem se desculpar. Isto não afetará o cuidado e a atenção que seu médico tem dado a você e você profissional de saúde não será responsabilizado em nada em relação ao estudo se não quiser mais participar.

Iremos entrevistá-lo e obter registro de suas opiniões em áudio e por escrito, já que buscamos conhecer vários aspectos da adesão terapêutica. Como toda pesquisa, esta também contém riscos. Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa são, os

emocionais, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante o grupo e ter suas opiniões expostas para os profissionais da equipe de saúde, uma vez que você pode responsabilizá-los pela sua não adesão. Entretanto, afirma-se mais uma vez que isto não afetará o cuidado e a atenção que seu médico tem dado a você. Para você profissional da saúde, os possíveis riscos são os de ser responsabilizado pela não-adesão terapêutica dos usuários do serviço convidados para o estudo e ter suas opiniões confrontadas por eles durante o encontro do grupo.

Se você participante da pesquisa, sentir que sofreu danos emocionais ou psicológicos deve procurar os pesquisadores responsáveis e estes lhe encaminharão para o Centro de Atenção Psicossocial que atende a unidade de saúde da família em que você já é acompanhado. O CAPS II Antonio Roberto Pellegrino Jardim Bahiano fica na Rua Arquimedes Gonçalves, número 226, em Nazaré, Salvador – BA. O telefone de contato é (71) 33213679.

Você só poderá participar se não apresentar as seguintes condições:

- For menor do que 18 anos;
- Apresentar doença que impeça sua compreensão sobre o que lhe falam;
- Deixe de fornecer as informações solicitadas para caracterização do grupo

As informações desta pesquisa serão confidenciais e sigilosas, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isto o afete ou o cuidado que tem recebido. Não haverá remuneração financeira aos participantes, mas estes também não terão nenhum custo com a pesquisa.

Não foi estabelecida previamente nenhuma compensação especial para casos em que o (a) usuário ou profissional da saúde sintam-se prejudicado (a) por ter participado do projeto de pesquisa. Se for prejudicado (a) pelo erro ou desatenção de algum profissional ou pesquisador, poderá acionar a pessoa na justiça, assumindo o custo normal do processo. Além disso, se desejar apresentar queixa de qualquer aspecto do

modo como foi orientado(a) ou tratado(a) durante a pesquisa, você poderá manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa da aluna de graduação Mayele Farias de Oliveira, a título de monografia, sendo a pesquisadora assistente estudante de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, sob orientação do Prof. Dr. João André Santos de Oliveira, pesquisador responsável pela pesquisa.

Mais uma vez, o pesquisador responsável chama-se Prof. Dr. João André Santos de Oliveira e você pode encontrá-lo na Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde da Família, no Largo do Terreiro de Jesus, Pelourinho 40026010, Salvador-BA. Este termo é composto de duas vias, as duas iguais, com mesmo conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o paciente ou seu representante legal.

Se você concorda em participar da pesquisa, assine este termo que é em duas vias, uma do pesquisador e uma sua.

_____, ____/____/____

(Local e data)

Assinatura do Participante

Local para impressão digital

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Assistente

ANEXO III**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, João André Santos de Oliveira, pesquisador responsável pelo Projeto “Adesão terapêutica de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica: a percepção de usuários e profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador (Bahia, Brasil)”, monografia de Mayele Farias de Oliveira, pertencente ao Curso de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, comprometo-me a observar e cumprir as normas da Resolução 466/2012 do CNS em todas as fases da pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador Assistente

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO IV

PERGUNTAS NORTEADORAS DO 1º GRUPO FOCAL COM EQUIPE USF

1. O que vocês entendem sobre adesão terapêutica? (Levantar questões inerentes a adesão, além da prescrição)
2. Como vocês percebem a adesão de usuários de HAS? (Percepção geral de “qualquer usuário”)
3. Discorra sobre as estratégias que você utiliza para promover a adesão terapêutica? (Verificar educação em saúde, relação médico-paciente, etc)
4. Discorra sobre as estratégias que você utiliza para perceber a adesão de seus “pacientes”/dos usuários que você acompanha?
5. Quando se percebe que não há uma adesão, de maneira geral a que você atribui essa falha?
6. Como você se sente quando as estratégias falham?

PERGUNTAS NORTEADORAS DO 2º GRUPO FOCAL COM EQUIPE USF

1. Nós gostaríamos que vocês falassem um pouco mais sobre a relação entre a forma como a equipe organiza o processo de trabalho e a maneira como vocês lidam com os usuários com HAS (mas poderia se estender a todos os usuários).
2. Quais são os sentimentos que os “pacientes-problema” causam em vocês? O que vocês fazem com isso? Vocês aprendem algo com esses pacientes? O que?
3. Vocês terminaram trazendo várias questões que nos leva a refletir sobre o funcionamento da equipe como um todo e da própria USF. Assim, na percepção de vocês, qual seria o papel, de maneira geral, da equipe de saúde da família do Terreiro em relação às pessoas e sua saúde?

PERGUNTAS NORTEADORAS ENTREVISTA COM USUÁRIO

1. Você sabe o que é HAS? Se tem cura e como é feito o tratamento?
2. Você sabe o que é boa adesão ao tratamento? Considera isso importante?
3. Quais os fatores (atitudes, ações, gestos) que contribuem para que você siga corretamente o tratamento, seja ele medicamentoso ou não em relação a profissional? E em relação a você próprio?
4. E os que não contribuem/ que levam a abandonar ou não seguir corretamente o tratamento?
5. Quando acontece de não seguir o tratamento corretamente o que você faz (buscam outros médicos, outros tratamentos por conta própria)?