

# PERCEPÇÃO DO PACIENTE HIPERTENSO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ROGÉRIO DIAS RENOVARO<sup>1</sup>  
ANALICE DE OLIVEIRA DANTAS<sup>2</sup>

1. Farmacêutico, mestre em Engenharia de Produção, docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Dourados - MS;
  2. Bolsista de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
- Autor responsável: R.D.Revonato. E-mail rrenovato@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A adesão do paciente ao tratamento depende das características do paciente, da doença e do regime terapêutico. O comportamento de saúde é determinado pela percepção do paciente sobre a sua susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os benefícios do tratamento e as barreiras ao tratamento. Para alguns pacientes, o número de medicamentos e a frequência de administração refletem a gravidade da doença. Em Hipertensão Arterial, uma desordem crônica, geralmente assintomática, os pacientes interrompem o tratamento, por não sentirem nada, e só retornam a fazer uso do medicamento quando algum sintoma reaparece (Ramalhinho, 1995).

O estabelecimento de uma relação terapêutica é uma das características da Atenção Farmacêutica, que permite maior contato entre o farmacêutico e o paciente. Esta relação visa criar um ambiente de confiança e reciprocidade, mas também garantir informações que estimulem o cumprimento do tratamento pelo paciente (Cipolle et al, 1998).

Cada pessoa percebe os acontecimentos reais, descrevendo-os, de modo particular, prestando atenção a detalhes diferentes. Dessa forma, o ser humano navega pela realidade, através de modelos mentais, que são imagens, pressupostos e histórias armazenadas em sua mente acerca de si mesmo, de outras pessoas, de instituições e de todo e qualquer aspecto do mundo. Os modelos mentais também determinam a forma de agir e compreender do ser humano em relação à doença, para restabelecer a saúde (Renovato et al, 2000).

Teixeira e Lefevre (2001), em seu estudo sobre a relação do paciente idoso com a prescrição de medicamentos, relatam a importância de novos estudos de cortes qualitativos para aprofundar e compreender melhor o verdadeiro significado do relacionamento saúde-doença-medicamento. Segundo Lefevre (1999), na cultura contemporânea, a produção de saúde se faz pela oralidade, isto é, ingerir algo para matar o bicho-doença, e assim, operar o alívio ou curar as sensações de angústia e ansiedade.

O trabalho proposto tem a finalidade de buscar a complexidade do fenômeno descrito acima, através de uma abordagem qualitativa, tendo como objeto de pesquisa o paciente, e como ele vê, percebe, sente e reage em relação à sua doença, seu tratamento, e diante desses elementos, seu conceito de saúde, e sua relação com o farmacêutico exercendo a Atenção Farmacêutica. A pesquisa qualitativa permite reconstruir as representações sociais que constituem a

vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados (Minayo, 1998).

## MÉTODO

Para verificar a percepção do paciente sobre o processo Saúde-Doença e seu tratamento foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e os dados obtidos foram aplicados na Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre et al, 2000). Esse método consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, provenientes de depoimentos reais (figura 1)

**Figura 1** – Etapas da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo
1. Seleção das expressões-chaves de cada discurso particular
2. Identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave
3. Identificação das idéias centrais semelhantes ou complementares
4. Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo.

A coleta de dados, conforme o método do DSC, ocorreu, por meio de técnica da entrevista semi-estruturada, no período de 14 de setembro a dois de novembro de 2002. Os discursos das entrevistas foram registrados por intermédio de um microgravador com fitas magnéticas de 60 minutos cada, sendo realizadas oito perguntas a cada paciente. Foram entrevistados 10 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e fazendo uso de medicamentos, e que estavam sendo acompanhados através da Metodologia Dáder na aplicação da Atenção Farmacêutica em uma farmácia situada no município de Dourados, Mato Grosso do Sul (Faus et al, 2000)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com dez pacientes, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de idade foi 77 anos. Nove entrevistados são aposentados e um recebe auxílio financeiro da previdência social. Quanto ao nível de escolaridade, dois são analfabetos, seis têm ensino fundamental incompleto e dois, ensino médio incompleto.

Para cada paciente foi atribuído um código, como, por exemplo, hip-1, com o intuito de melhor organizar e identificar as falas de cada entrevistado.

A fase de análise na pesquisa qualitativa é denominada ilusão da transparência, isto é, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. (Minayo, 1998). A proposta de se empregar a pesquisa qualitativa tem o objetivo de compreender como o paciente vê seu tratamento, e o que representa para ele dois conceitos tão abstratos e concretos ao mesmo tempo, a saúde e a doença.

O significado de saúde pode ser "tudo" (tabela 2), mas com o risco de virar nada. Um conceito sem concretude e rigor; algo impossível de ser operacionalizado. "Uma coisa muito importante para a gente (hip-1)." "É tudo na vida da gente (hip-2)."

**Tabela 2.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 10 pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "O que significa para você ter saúde?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
É tudo na vida da gente	É uma coisa muito importante pra gente, é tudo na vida da gente, é um dom de Deus pra nós, significa que posso fazer de tudo, é a melhor coisa do mundo. E muito importante em qualquer idade, eu quero ter saúde, a gente sem saúde não tem coragem pra nada, saúde em primeiro lugar.

O primeiro sistema de representação que o homem faz para si e do mundo são de origem religiosa (Gomes et al, 2002). "É um dom de Deus (hip-3)."

A compreensão de saúde e a sua oralização pelo paciente/indivíduo constroem, a partir de conhecimentos pré-existentes associados à apropriação do discurso biomédico, uma nova interpretação. Trata-se da aquisição de um conhecimento, que serve de fundamento para a criação de outro saber, codificado e agora parte do seu consciente. "A saúde...é a qualidade de vida, e qualidade de vida é uma alimentação boa, com pouco sal (hip-3)".

Na fala do hip-2, a saúde está em confronto com a doença, ou seja, a saúde só passa a sê-lo através, ou a partir, da doença ou do mal-estar (Lefevre, 1999). O paciente sinaliza que não vê motivo para "esquentar" e adquire uma postura de distanciamento. " Eu não fico pensando nisso, acho que ninguém morre antes do dia \*hip-2)".

A condição de estar doente está relacionada às limitações impostas pela hipertensão ou pelo tratamento, pois requerem cuidados. Tornar-se doente no caso de uma doença crônica abrange três formas seqüenciais: "estou doente", "sou doente", "sou paciente". Perceber-se doente ("estou doente") correlaciona-se com um conjunto de fatores que pode ser englobado por um "sentir-se mal".

A transformação em "sou doente", para o indivíduo verifica-se a partir da designação médica, da tradução do significado de "sentir-se mal" em categorias médicas. A última forma, "sou paciente", remete a uma situação de marginalidade, de diferença. O que era vivido como interrogação pelo indivíduo passa a ser designado, nomeado e tratado pelo médico (Acúrcio & Guimarães, 1999). A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização das suas atividades diárias (Gomes et al, 2002).

Lefevre (1999) discute também "o ser e o estar doente", e os seus significados que expressam condições diferentes. Ser

doente reflete uma condição permanente, mesclando-se com a essência do indivíduo. Estar doente configura apenas um momento que pode passar. É interessante que isto pode ser visto em neste trabalho.

Os códigos atribuídos a cada entrevistado são abreviaturas da palavra hipertenso e, portanto, mesmo de modo não proposital, os entrevistados acabaram recebendo uma sentença. Esta forma de expressão é tão forte, que o indivíduo perde a sua essência, a doença passa agora a defini-lo, e tudo que compõe a sua vida, restringe-se ao fato de que ele é hipertenso. Tal procedimento tem como conseqüências, a conduta de assistência ao paciente pelo profissional de saúde, e está incrustado no inconsciente, sendo necessário estratégias reflexivas a respeito da forma do cuidado prestado pelos detentores do conhecimento biomédico.

**Tabela 3.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "O que significa doença para você?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Algo não desejado, temido, limitante e que requer cuidados	Um pouco acho que é falta de cuidado, a doença não é coisa boa, não devo questionar Deus por causa disso. É uma coisa muito ruim, é horrível, é um cuidado a mais, é triste, ninguém quer ficar doente. A doença na vida da gente é uma tristeza, tenho muito medo, acaba com a pessoa.

A idéia central da segunda questão transmite o significado da doença e, principalmente, os temores de estar doente, pois para o indivíduo é algo triste, limitante e que requer cuidados (tabela 3).

**Tabela 4.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "O que você sabe sobre sua doença?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Desconhecimento da causa	Não sei sobre a hipertensão Acho que é conseqüência da vida. Tem conseqüências como o infarto, não é nada bom, pode ter derrame.

Na terceira questão (tabela 4), procurou-se investigar o conhecimento do paciente sobre a causa ou etiologia da hipertensão. Os hipertensos não se sentem capazes de definir a hipertensão. Delegam ao outro essa definição. Definir a hipertensão é uma atribuição do profissional, ao utilizar o esfigmomanômetro e medir a pressão arterial (Alves, 1998).

Dentre as causa presumíveis da doença, a hipertensão é tida como decorrência do estado emocional, traduzido como "passar nervoso" (hip-8), porque, às vezes, a doença é psicológica. Mas, também, há a incorporação do discurso biomédico, "eu sei que pode ter derrame, infarto (hip-6)". A perenidade da hipertensão é apenas relatada na fala do hip-2 na segunda pergunta, onde relata que "ela não tem cura, é crônica, e tenho que conviver com ela."

**Tabela 5.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "Quando soube que tinha pressão alta?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Algum fato concreto - uma cirurgia, por exemplo	Por causa da hipertensão mesmo, comecei a tomar remédio e não parei mais, descobri que tinha pressão alta, eu sentia falta de ar, tontura, dor de cabeça, fiz um exame e descobri que tinha pressão alta, eu não sabia porque não sentia nada, hoje eu sei que tenho que tomar e mesmo sem sentir nada eu tomo.

A quarta questão (tabela 5) procura abordar a convivência do hipertenso com a hipertensão desde que tomou ciência da doença. Em geral, todos relatam algum fato ou evento como ponto de referência: uma cirurgia, gravidez, ou um fato mágico como "o susto decorrente do barulho de um trator".

A medicalização é citada em todas as falas, como quase e única ferramenta terapêutica. A fala do hip-3 denota uma confiança irrestrita no profissional prescritor, bem como no medicamento, pois não procura nem se informar sobre os efeitos dos seus remédios.

**Tabela 6.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "Como é o seu tratamento (medicamentoso)? Fale sobre ele."

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Tomou todos os dias e no horário certo.	Tomou todos os dias, no horário certo, não esqueço nunca de tomar, tomo numa boa, depois de um certo tempo aumentou a dose e eu continuei tomando certo, isso não me incomoda, tomo religiosamente.

Sobre o tratamento medicamentoso (tabela 6), em geral, todos os pacientes relatam ser aderentes ao tratamento. Durante a entrevista alguns são contundentes como hip-7, "isso aí não tem erro". O medicamento adquire uma simbologia muito forte na sociedade atual, a ponto de se transformar em mercadoria. No trabalho de Alves (1998), as reações adversas não constituem condicionante do abandono ao tratamento e nem motivo de preocupação, e o mesmo é observado nesse trabalho,

**Tabela 7.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "Fale sobre sua relação com os profissionais de saúde e como eles o orientam?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Sou muito bem orientada	Tenho muita sorte, sou muito bem orientada, orientam a gente que é pra tomar o remédio certinho, sempre me dei muito bem, eu gosto muito, o tratamento é dez, ate agora me orientaram certo, entendo o que eles falam, demonstram carinho com a gente.

O cuidado pelos profissionais de saúde (tabela 7) traduz, muitas vezes, um impasse. De um lado, o profissional de saúde detentor do conhecimento, e do outro, o paciente, também possuidor de conhecimentos. A assimetria do saber é evidente. Alves (1998) relata que os profissionais de saúde crêem que os hipertensos não têm consciência ou não encaram com seriedade devida o seu tratamento, e portanto as orientações médicas. Mas segundo os pacientes, o hipertenso não é hipertenso, ele fica hipertenso, quando se depara com

situações sobre as quais não possui controle. Para os hipertensos, a hipertensão é uma condição imputada pelos profissionais e reforçada pela evidência irrefutável de níveis tensionais elevados. Logo, existe uma crise de compreensão.

Nas falas dos entrevistados, apenas o hip-2 relata sua insatisfação com o descuido dos profissionais de saúde para com ele. A fala do hip-8 levanta a questão do vínculo afetivo. "Só de conviver com ... eu fico boa." Bakirtzief (1996) salienta que a questão da credibilidade do tratamento parece estar ancorada na confiança depositada nos profissionais de saúde.

**Tabela 8.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "Qual é a sua opinião a respeito do cuidado prestado pelo farmacêutico?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
O farmacêutico é como um médico.	Eu acho muito importante, tenho o farmacêutico como um médico, o cuidado é ótimo, faz muito tempo que faço o tratamento e acho muito bom. A melhor coisa do mundo, um carinho pra gente.

Sobre o cuidado prestado pelo farmacêutico é evidente a falta de compreensão pelos pacientes, que confundem o profissional com o tratamento medicamentoso, fazendo uso de metonímia, uma figura de linguagem, onde não existe mais o profissional do medicamento, mas o tratamento (tabela 8). Na fala do hip-1, o farmacêutico é comparado ao médico, "eles entendem quase igual ao médico".

Na fala do hip-8, o cuidado é sinônimo de carinho, de atenção, portanto, estabeleceu-se uma relação terapêutica, um dos objetivos da Atenção Farmacêutica. Mas o que se vê é consequência da perda de identidade do farmacêutico. No início do século XX, um profissional-referência na área de saúde, e no final deste século, um profissional ainda pouco reconhecido pela sociedade (Freitas et al, 2002).

A fala dos entrevistados demonstra a crise de identidade do farmacêutico, mas com o crescente fortalecimento da profissão farmacêutica, e o advento da atenção farmacêutica, cada vez mais, o farmacêutico poderá se firmar como o profissional que cuida de gente, atentando para as características do indivíduo e as suas necessidades relacionadas a medicamentos.

**Tabela 9.** Idéia central e discurso do sujeito coletivo de dez pacientes hipertensos, em resposta à pergunta: "Se esquece de tomar medicamento o que faz?"

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Nunca esqueço. Já esqueci.	Nunca foi preciso, isso nunca aconteceu, nunca esqueci de tomar o medicamento, graças a deus eu nunca esqueci, parece que virei um relógio, não esqueço o horário do remédio de jeito nenhum, já virou uma obrigação. Se esquecesse eu ia lembrar e tomar.

A oitava questão aborda a aderência ao tratamento (tabela 9). Carvalho et al (1998) verificaram que a maioria dos idosos entrevistados encontrava-se consciente da necessidade do tratamento. Alguns não gostam de utilizar remédios por preconceito contra os medicamentos alopáticos; e os que não usam regularmente os medicamentos prescritos consideram normal a pressão subir quando estão nervosos.

Teixeira e Lefevre (2001) em resposta a uma questão

similar á oitava questão verificaram duas idéias centrais. A primeira idéia central - "eu tomo mais tarde" - evidencia um sujeito coletivo com dificuldade para relembrar os medicamentos tomados. A segunda idéia central - "eu nunca esqueço" - destaca um sujeito coletivo bastante ativo, ou seja, se esquecer uma dose, pode ter problema de saúde, e esse compromisso é muito bem selado em sua rotina de vida.

Em Alves (1998), quando o paciente não apresenta sintomas, define consigo mesmo que a hipertensão não é uma doença, logo não cumpre o tratamento. Por outro lado, o paciente que sente os "sintomas", percebe que a hipertensão é uma doença, e cumpre o tratamento. Na verdade, o paciente adapta o seu tratamento. O mesmo foi observado por Reis e Glashan (2001), quando o paciente tem a percepção "sem gravidade", provavelmente este é o paciente que mais necessita de cuidados, pois não adere à terapêutica.

A fala do hip-4 relata o não cumprimento ao tratamento como conseqüência da não aquisição do medicamento. Em geral, quase todos afirmam que não se esquecem; "é uma obrigação" (hip-7). Os hip-8, hip-9, hip-10 relatam que, algumas vezes, se esqueceram, "a cabeça não ajuda mais". Todavia, os entrevistados não se apresentaram rebeldes ao tratamento medicamentoso.

Algumas limitações da pesquisa qualitativa devem ser relatadas. A realização de pré-teste não foi realizada, logo, algum viés poderia ser solucionado, bem como outras questões poderiam ser levantadas. Minayo (1998) propõe que devem ser considerados, não somente o discurso do entrevistado, mas também seus silêncios, suas pausas, sua entonação, que podem trazer novos significados. Neste trabalho, tais parâmetros não foram levados em conta, e possivelmente deixaram de enriquecer mais ainda as discussões levantadas.

O tratamento não farmacológico não foi citado em nenhuma questão, mas, durante as falas, verificou-se que alguns entrevistados já se apropriaram do discurso sobre a importância da dieta alimentar, da prática do exercício apesar de que, em alguns casos, a prática de atividade física deve ser moderada, como pacientes com insuficiência cardíaca ou quadros de isquemia do miocárdio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre o que o paciente pensa a respeito dos conceitos como o de saúde, sobre sua doença e principalmente como enfrenta e convive diariamente com uma desordem crônica, como a hipertensão, constituem ferramentas de grande utilidade para implementar estratégias com o objetivo de tornar o tratamento mais eficaz.

Não se deve desprezar os saberes do paciente, pois este carrega consigo todo um conjunto de crenças e esquemas que devem ser considerados no momento de interagir com esse ser humano.

Na prática da atenção farmacêutica, o paciente é o centro do processo de cuidar. O paciente deve ser visto como um todo e não fragmentado. A construção de uma relação terapêutica só se concretizará, se o farmacêutico e o paciente se interagirem, permitindo uma troca de conhecimentos, o saber do paciente e o saber do farmacêutico. Essa troca gera

convergências, fortalece laços e o processo terapêutico avança. Nesse relacionamento, ambos aprendem e crescem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACÚRCIO, F.A & GUIMARÃES, M.D.C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, v.33, n.1, p.73-84, 1999.
- ALVES, M.G.M. A voz do hipertenso: representações sociais da hipertensão arterial – Estudo de caso em Jurujuba, Niterói/RJ. 1998. 171f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento da hanseníase. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, n.4, p.497-505, 1996.
- CARVALHO, F., et al. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n.3, p. 617-621, 1998.
- CIPOLLE RJ et al. *Pharmaceutical care practice*. Minneapolis: Mc Graw-hill, 1998.
- FAUS, M.J. et al. Programa Dáder de Implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, 2000. Disponível em: <http://www.ugr.es/~atencfar>. Acesso em: 10/05/2001.
- FREITAS, O. et al. O Farmacêutico e a Farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva. *Infarma*, v.14, n.1/2, p.85-87, 2002.
- COMES, R. et al. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.
- LEFEVRE, F. *Mitologia Sanitária: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999, 107p.
- LEFEVRE, F. et al. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metológica em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: EDUCS*, 2000, 138p.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998, 269p.
- RAMALHINHO, I.M.P.S. Adesão à terapêutica farmacológica. *Revista Portuguesa de Farmácia*, v.45, n.4, p.141 – 146, 1995.
- REIS, M.G. & GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.9, n.3, p.51-57, 2001.
- RENOVATO, R.D. et al. *Modelos Mentais*. Dourados, 2000, 10 p. Trabalho não publicado
- TEIXEIRA, J.J.V. & LEFEVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.2, p.207-213, 2001.