

A experiência de alunos do internato em medicina de família e comunidade na condução de entrevistas McGill MINI narrativa de adoecimento com pacientes crônicos com dificuldades de adesão ao tratamento

Family medicine interns' experience conducting McGill illness narrative interview with non-compliant chronic patients

Daniela Freitas Bastos¹
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha¹
Alicia Navarro de Souza¹

RESUMO

A formação médica no Brasil, apesar das várias políticas indutoras governamentais objetivando sua mudança é, ainda, predominantemente hospitalocêntrica, sendo o processo de aprendizagem centrado na doença. Em uma escola médica tradicional, realizamos uma pesquisa na qual o aluno do Internato conduziu uma entrevista voltada para experiência de adoecimento com pacientes crônicos com dificuldades de adesão ao tratamento de hipertensão e/ou diabetes na Atenção Primária. Quatorze Internos em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro foram treinados a aplicar a Entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento para identificar os modos de compreensão e atribuição de sentidos da experiência de adoecimento e tratamento. Antes e depois da realização do conjunto de 35 entrevistas McGill MINI, os alunos foram individualmente ouvidos quanto a sua compreensão do fenômeno adesão e à experiência com a entrevista McGill MINI. As 35 entrevistas realizadas pelos alunos foram analisadas quanto ao alcance dos objetivos de cada seção da entrevista McGill MINI, além do objetivo geral do entrevistador ser capaz de ofertar um lugar de expertise ao paciente no relato de sua experiência de adoecimento. Buscamos investigar a consistência da experiência do aluno com este roteiro para a obtenção da narrativa de adoecimento, utilizando para tal os temas conceituais desta entrevista – protótipos e modelos explicativos – e os temas emergentes identificados através da análise de conteúdo realizada conforme a técnica descrita por Bardin. Na análise das entrevistas realizadas pela pesquisadora com os Internos ao início e final do Internato, a análise temática foi feita a partir de dois grandes temas: compreensão e experiência clínica com o fenômeno da adesão, e apreciação da experiência de realização da entrevista McGill MINI no contexto da formação médica. Os alunos reconheceram a entrevista McGill MINI como útil para compreender e explorar a experiência de adoecimento e tratamento de um indivíduo no seu contexto socioeconômico e cultural. Ao reconhecerem esta importância da entrevista McGill MINI, os Internos frequentemente referiam as poucas oportunidades de aprendizagem na abordagem de pacientes em geral. Apesar de previamente reconhecerem a importância da escuta e do desenvolvimento do vínculo, desconheciam como isto poderia ser construído, e a experiência aumentou a autoconfiança no cuidado às pessoas no cotidiano médico. Os alunos perceberam que a não-adesão envolve múltiplos fatores, que normalmente não aparecem durante uma consulta médica habitual, e houve de fato uma ampliação na compreensão do fenômeno da adesão.

PALAVRAS-CHAVE:

- Narração,
- Cooperação do Paciente,
- Internato,
- Medicina de Família e Comunidade
- Educação Médica

KEYWORDS:

- Narration,
- Patient Compliance,
- Internship,
- Family Practice,
- Medical Education

ABSTRACT

Despite several governmental policies with the purpose of changing medical training in Brazil, it is still predominantly hospital-centered, and the learning process is focused on diseases. We conducted a study in a traditional medical school, in which the students carried out an interview focused on the illness experience assessing chronic patients with compliance difficulties in the treatment of hypertension and/or diabetes in primary care. Fourteen medical students during Family Medicine Internship at the Federal University of Rio de Janeiro were trained to carry out the McGill Illness Narrative Interview (MINI) and identify the modes of understanding and attribution of meaning to the illness and treatment experience. Before and after the completion of the set of 35 interviews, the students were listened to individually regarding their understanding of the compliance phenomenon and the experience with the MINI. The 35 interviews conducted by the students were analyzed with respect to the objectives of each section, in addition to interviewer's general objective of offering a position of expertise to the patient in their report of the case. We sought to investigate the consistency of the student's experience with this script to obtain the narrative of illness using the conceptual topics – prototypes and explanatory models – and the emerging topics identified according to the technique described by Bardin for content analysis. In the analysis of the interviews conducted by the researcher with the interns at the beginning and the end of the internship, the thematic analysis consisted of two main themes: clinical understanding and experience with the non-compliance phenomenon, and the appreciation of performing the MINI in the context of medical training. The students considered the MINI a useful tool for understanding and exploring the individuals' illness and treatment experiences in their socioeconomic and cultural context. By recognizing the importance of the MINI, the interns usually reported few learning opportunities while providing care for patients. Although the students had previously recognized the importance of listening and the development of bonds, they did not know how these issues could be built, and the experience increased their confidence in the healthcare provided to patients in their medical daily life. The students noticed that non-compliance involved multiple factors, which did not usually emerge during regular medical appointments. In fact, there was more understanding about the compliance phenomenon.

Recebido em: 13/3/2018

Aceito em: 22/3/2018

INTRODUÇÃO

As mudanças socioculturais das últimas décadas têm gerado transformações importantes nos papéis sociais de pacientes e profissionais da saúde, com claras implicações para a formação e as práticas profissionais¹.

Com o desafio de formar profissionais aptos a atuar com qualidade e resolubilidade no SUS, os Ministérios da Saúde e da Educação em parceria, há cerca de duas décadas, vem desenvolvendo várias políticas indutoras, visando à reorientação da formação profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença^{2,3}.

A busca da integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos que possibilitem alianças de compromisso e de responsabilidade mútua entre profissionais e pacientes apontam novas direções na atenção da saúde⁴. Para alcançar uma melhor resolução com a participação do paciente no cuidado

da sua própria saúde^{5,6}, o profissional deve saber explorar a perspectiva do paciente, em especial sua experiência de adoecimento e tratamento e os significados atribuídos^{7,8}. É necessário ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades⁹.

A experiência de adoecimento é moldada culturalmente, determinando a maneira como a doença é percebida e os caminhos para sua superação. Há um abismo entre o que o conhecimento médico denomina como doença e o que a pessoa que sofre vivencia como adoecimento. Esta diferenciação foi classicamente estudada por Kleinman e cols.⁷, estando a doença (*disease*) referida a anormalidades na estrutura e função de órgãos e sistemas na perspectiva biomédica, e o adoecimento (*illness*) a experiência de sofrimento ou mal-estar vivido na compreensão e no enfrentamento de um problema de saúde^{7,8}. A construção da história clínica, exclusivamente direcionada

para esclarecimento do sintoma ou da doença, geralmente não privilegia a narrativa da experiência de adoecimento daquele que sofre. Isto pode levar a um distanciamento na relação médico-paciente, reduzindo a tensão doente-doença por meio da negação do doente, gerando implicações importantes no plano terapêutico e na participação por parte do paciente¹⁰.

A investigação da experiência de adoecimento tem sido particularmente valorizada com relação aos doentes crônicos, o que tem colaborado para a melhoria do cuidado¹¹⁻¹³. Alguns estudos apontam claramente para a necessidade de aprimoramento na competência relacional a ser construída na formação profissional¹⁴. As narrativas de adoecimento são obtidas e analisadas através de diferentes referenciais teórico-metodológicos na pesquisa qualitativa em saúde.

A valorização das narrativas de adoecimento dos pacientes, na formação de estudantes de medicina, não tem sido objeto de investigação frequente no campo da educação médica. Em geral, estas narrativas estão associadas à formação humanística, em especial ao ensino da medicina narrativa¹⁵, objetivando o desenvolvimento da empatia, competência narrativa^{15,16}, competências afetivas¹⁷, ou ainda, competências em comunicação¹⁸. No Brasil, dentre os poucos estudos, destacam-se experiências pedagógicas inovadoras realizadas com alunos do 1º ao 3º ano tanto no curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde de Brasília^{17,19}, como também da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP¹⁶; e na formação interprofissional na área da saúde no Campus Baixada Santista – UNIFESP²⁰. Estes estudos abordam a possibilidade do aluno ter um melhor conhecimento sobre o paciente e sua doença e, também, sobre si mesmo, através de práticas estruturadas de medicina narrativa, principalmente a escrita de narrativas, a partir de roteiros ou não, envolvendo pacientes em diferentes cenários, desde a unidade básica de saúde^{16,20} ao hospital terciário¹⁷; a partir da discussão regular de narrativas orais de casos clínicos seguindo modelo biopsicossocial^{18,21}; e a partir da realização da anamnese acrescida de perguntas sobre a perspectiva do paciente sobre seu adoecimento e tratamento¹⁹. Em todos estes estudos, assim como na pesquisa deste artigo, o que está em questão é a atenção centrada no paciente, o compromisso com a integralidade e a humanização do cuidado, e a pesquisa sobre a formação de profissionais de saúde, em especial médicos.

Como diz Eliana Cyrino, “*entrar nesse campo das narrativas, como pesquisadores, estudantes, professores e profissionais de saúde, significa apostar na ampliação da visão sobre o cuidado, qualificando a atenção à saúde que valoriza a relação entre humanos*”¹⁶ (p.13).

Considerando o cenário desta pesquisa, uma escola médica tradicional sem práticas pedagógicas inovadoras semelhan-

tes às descritas, a investigação foi centrada numa experiência envolvendo alunos do Internato obrigatório em Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma vez que além do treinamento integral em serviço durante 8 semanas, a MFC norteia sua prática, entre outros princípios, pela integralidade e longitudinalidade, o que possibilita ao aluno estar exposto a problemas do cuidado continuado de pessoas, famílias e comunidades. Os alunos foram apresentados à entrevista etnográfica *McGill Illness Narrative Interview* (MINI)²², cujo roteiro semiestruturado foi traduzido e validado transculturalmente para o Português²³, uma entrevista teoricamente construída que busca os modos de compreensão e atribuição de sentidos da experiência do adoecimento. Seu roteiro semiestruturado é composto por cinco seções: narrativa sobre a experiência inicial do adoecimento; narrativa de protótipo; narrativa de modelo explicativo; serviços e resposta ao tratamento; e impacto sobre a vida. Esta entrevista foi utilizada em estudos voltados para a narrativa de pessoas em diversas situações clínicas^{24,26}, mas em nenhum deles o entrevistador era um estudante de medicina.

Este artigo tem como objetivo analisar o potencial da entrevista McGill MINI na formação médica propiciando a compreensão da experiência de adoecimento de pacientes crônicos com dificuldades de adesão no cenário da Atenção Primária. A escolha de pacientes com dificuldades de adesão se justifica por ser um problema prevalente, relevante e frequentemente identificado pelos profissionais da Atenção Primária.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória. A pesquisa foi realizada nos anos de 2013 e 2014, no município de Pirai-RJ, devido ao vínculo com o Internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da UFRJ, e ao fato da cobertura ofertada pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) ser de 100% neste município. Além de 13 unidades distribuídas entre as áreas rurais e urbanas, em 2012, Pirai tinha bons indicadores: baixo nível de mortalidade infantil, todas as crianças vacinadas, e todos hipertensos e diabéticos cadastrados tendo acesso à medicação gratuita²⁷.

Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram 14 alunos do Internato em MFC da Faculdade de Medicina da UFRJ que aceitaram participar do estudo e conduziram entrevistas McGill MINI com 35 pacientes crônicos, diabéticos e/ou hipertensos, que apresentavam dificuldades em aderir às prescrições médicas, há pelo menos 3 meses, selecionados pela equipe de saúde. Todos os alunos e pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos

A cada rodada de oito semanas em fluxo contínuo, uma nova turma de cerca de 40 alunos iniciava o Internato em MFC e participava de um dia de atividades de acolhimento, para o qual fomos convidados a participar com o tema “A Narrativa da Experiência do Adoecimento”. Em seguida, os internos lotados em Pirai-RJ eram convidados a participar de uma capacitação na Entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento, a qual consistiu em uma apresentação do seu roteiro com ênfase nas características diferentes, potencialmente complementares, em relação à anamnese clínica, os principais conceitos dessa entrevista, e os objetivos de cada uma das suas cinco seções. Depois realizamos uma simulação, quando os internos interpretaram ou o papel do médico que conduz a entrevista McGill MINI ou o de paciente sendo entrevistado. Para concluir, discutimos esta experiência por meio da entrevista gravada em vídeo para este fim com autorização da dupla de participantes.

Quatro turmas do Internato em MFC da UFRJ alocados no município de Pirai-RJ participaram da capacitação na entrevista McGill MINI num total de 48 alunos. Destes 14 aceitaram participar da pesquisa, e conduziram pelo menos duas entrevistas, participando efetivamente de pelo menos quatro entrevistas McGill MINI, uma vez que a realização sempre era feita por uma dupla de alunos. Todas estas entrevistas conduzidas por alunos foram observadas pela pesquisadora que, semanalmente, frequentava as unidades de saúde onde se encontravam os alunos e os pacientes que foram selecionados pela equipe da ESF. A maioria das entrevistas McGill MINI foi realizada em visitas domiciliares. Ao chegar à residência, o ACS apresentava os alunos e a pesquisadora, a qual explicava a proposta da pesquisa. Havendo a aceitação do paciente em participar, o aluno apresentava o TCLE.

Após a capacitação, os alunos que escolheram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente pela pesquisadora sobre sua experiência e conhecimento prévios acerca do fenômeno da adesão. O roteiro semiestruturado buscava investigar o que o aluno conhecia sobre o fenômeno da adesão, sobre a abordagem aos pacientes e sobre os recursos já obtidos através da formação médica para lidar com estes pacientes. Após a aplicação semanal da entrevista McGill MINI com os pacientes, ao fim do Internato, os alunos foram novamente entrevistados individualmente pela pesquisadora. Nesta entrevista final, além da repetição das questões da entrevista inicial, o roteiro semiestruturado foi acrescido de perguntas para conhecer a apreciação da experiência dos alunos com a entrevista McGill MINI. A pesquisadora objetivou compreender se, na perspectiva do aluno, a entrevista McGill MINI foi útil

na abordagem dos pacientes com dificuldade de adesão, se o aluno teve dificuldades na sua aplicação, se ele indicaria esta entrevista no cuidado de outros pacientes e, por fim, se a experiência com a entrevista McGill MINI teve consequências na sua abordagem aos pacientes em geral. As respostas de cada aluno sobre o fenômeno da adesão fornecidas nas entrevistas inicial e final foram comparadas.

Foram produzidos dois conjuntos de entrevistas: 35 entrevistas McGill MINI com pacientes conduzidas por alunos, e 28 entrevistas iniciais e finais com os 14 alunos conduzidas pela pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, de acordo com a técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática²⁸. A análise temática dos dois conjuntos de entrevistas configura a triangulação através da análise de múltiplas fontes de dados aumentando a validade da pesquisa²⁹. Os alunos (A) foram identificados pela numeração de 1 a 14 e os pacientes (P) pela numeração de 1 a 35, seguida do diagnóstico, diabetes (D), hipertensão (H), diabetes e hipertensão (DH).

Análise

A análise temática²⁸ das entrevistas realizadas pelos alunos com os pacientes partiu do grande tema: conhecendo a narrativa de adoecimento através da entrevista McGill MINI. Buscamos investigar a consistência da experiência do aluno com este roteiro para a obtenção da narrativa de adoecimento. As entrevistas realizadas pelos alunos foram analisadas quanto ao alcance dos objetivos de cada seção da entrevista McGill MINI, além do objetivo geral do entrevistador ser capaz de ofertar um lugar de expertise ao paciente no relato de sua experiência de adoecimento^{22,23}.

Na análise das entrevistas realizadas pela pesquisadora com os Internos ao início e final do Internato, a análise temática²⁸ foi feita a partir de dois grandes temas: compreensão e experiência clínica com o fenômeno da adesão, e apreciação da experiência de realização da entrevista McGill MINI no contexto da formação médica.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, RJ (CAAE. 1944.0.000.314-11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 14 alunos que aceitaram participar da pesquisa entrevistaram 21 mulheres e 14 homens, quase todos não tinham concluído o ensino fundamental, e a faixa etária variou de 45 a 74 anos. Dos 35 pacientes entrevistados, 12 tinham ambos os diagnósticos de hipertensão e diabetes, 19 apenas de hipertensão, e 04 apenas de diabetes, portanto todos os pacientes com experiência de adoecimento relacionada a doença crônica.

Conhecendo a narrativa de adoecimento através da entrevista McGill MINI

Aprendendo a reconhecer a expertise do paciente

A entrevista McGill MINI inicia com a negociação do “*problema de saúde*” que permanece como foco durante toda entrevista, e este foi o primeiro desafio do aluno diante do instrumento. Groleau et al.²² afirmam que esse é um ponto fundamental relacionado ao reconhecimento pelo entrevistador da expertise do paciente em sua experiência de adoecimento, e não deve deixar de ser negociado com o entrevistado. No caso, os alunos sabiam do(s) diagnóstico(s) do entrevistado e, no entanto, ao iniciarem a entrevista deveriam perguntar a ele qual seu “*problema de saúde*”. Metade dos pacientes declararam não ter “nenhum problema de saúde”. Alguns alunos tiveram dificuldades e citaram o diagnóstico como o problema de saúde a ser conversado. Outros alunos tiveram que apresentar certa habilidade para buscar a resposta sobre qual problema de saúde seria explorado. Observou-se que quando negociado e respeitado o “*problema de saúde*” eleito, a comunicação entre entrevistador e entrevistado fluía mais claramente.

O objetivo da primeira seção é coletar a narrativa de adoecimento permitindo que o entrevistado conte sua história o mais livremente possível^{22,23}. Inicialmente os alunos demonstraram dificuldade em conduzir um instrumento que foge ao modelo tradicional da consulta médica, pois nesta a expertise é do médico ao passo que na entrevista McGill MINI a expertise é do paciente. Esta dificuldade evidencia uma relação de saber/poder instituída na prática médica e reproduzida na formação, devendo os alunos aprender a recortar o discurso do paciente para constituir o caso clínico¹⁰. A medida que os alunos realizavam as entrevistas, compreendiam melhor o instrumento, sendo capaz de explorar os fatos associados ao adoecimento, valorizando a narrativa do paciente sobre seu processo de adoecimento.

Desde a primeira seção, a dificuldade de adesão apareceu relacionada ao fato do paciente dizer “não sinto nada” pois, não raro, o paciente que não se sente doente evita o uso de medicamentos, conforme aponta a literatura^{6,30,31}. Em seu estudo com portadores de diabetes tipo 2, Cyrino¹² identifica esse padrão de comportamento reconhecendo que a dificuldade de aceitação ou a negação da doença se apresenta como uma das barreiras ao autocuidado¹². A dificuldade de adesão associada ao fato da doença ser assintomática apareceu como uma informação sabida e revelada por muitos alunos e pacientes.

A crença popular de que “*se ficar tomando remédio vai ficar mais doente*” ou “*se você toma muito remédio aí que a doença acostuma*” foi algumas vezes narrada pelos pacientes. Ao avaliar os fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sob a ótica do paciente, Manfroi et al.³⁰ tam-

bém encontraram a insatisfação de ter que usar a medicação já que diziam não sentir nada. E, ainda, narraram que o fato de terem de usar medicamentos era o que provocava a experiência de se sentirem doentes³⁰.

O conceito de ruptura e reconstrução biográfica de Bury³² pode nos ajudar a compreender a resistência a modificações na identidade, nas relações, na estrutura dos significados e na organização concreta da vida impostas pela doença crônica. Inúmeros fatores podem dificultar o seguimento do tratamento por qualquer pessoa, geralmente as mudanças de estilo de vida requerem dedicação e persistência, ou ainda, alguns fármacos podem apresentar efeitos adversos, exigir horários especiais para as ingestões diárias, gerar custos, etc^{6,30-34}.

O uso abusivo do álcool foi, também, frequentemente associado à dificuldade de adesão dos pacientes hipertensos, pois acreditavam que não deveriam tomar a medicação no mesmo dia em que faziam uso de bebida alcoólica. O consumo excessivo de bebida foi narrado como um hábito da vida social com amigos. A dificuldade em reduzir o consumo de bebida alcoólica já é reconhecida na literatura como uma prática prejudicial para o controle da doença crônica^{12,33,34}.

Sábado e domingo eu não tomo remédio porque bebo. (P14;H)

Questionados sobre acontecimentos relacionados ao início de seu adoecimento, os pacientes relataram, sobretudo, perdas, como a morte de um familiar, aposentadoria ou separação. Quando indagados sobre como se sentiam em relação ao seu problema de saúde, em especial ao saber do diagnóstico, praticamente todos relataram que sentiram-se “tristes” ou “desanimados”, e quase metade deles disseram que se sentiram “com depressão”. O nervosismo e a depressão aparecem com frequência nas narrativas de portadores de hipertensão e diabetes, sendo associados a causalidade, e a maneira como enfrentam a doença^{24,26}.

Investigando protótipos e modelos explicativos

A segunda seção utiliza a narrativa para esclarecer modelos ou protótipos relacionados ao problema de saúde atual, investigando experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão^{22,23}. O protótipo familiar foi o mais reconhecido, no entanto os entrevistados consideraram sua experiência de adoecimento diferente a do familiar citado. O protótipo social foi apontado por pacientes que lembraram de conhecidos que também enfrentavam o mesmo problema de saúde e, mais uma vez, consideraram suas experiências de adesão diferentes na maioria dos casos. A mídia mais frequentemente citada foi a televisão, que foi apontada como apresentando pessoas com experiências semelhantes às dos pacientes (**Quadro 1**).

QUADRO 1

Temas conceituais da Entrevista McGill MINI: Protótipos e modelos explicativos

Temas conceituais	Fragmentos ilustrativos das narrativas
Protótipos	<i>Ah... Minha mãe tem a pressão bem mais alta. E ela diz que não trata porque não sente nada. Já eu e meu pai tomamos, fazemos questão de tomar o remédio direitinho, mesmo não sentindo nada (P13;H). É diferente! Meu pai nunca se cuidou, não tomava remédios e bebia muito. Acabou amputando o dedo do pé. Eu me cuido, só não consigo mudar alimentação, mas tomo o remédio todo dia. Tenho medo, coisa que ele não tinha (P33;D). Eu era igual a minha irmã, não tinha o cuidado que tenho hoje. Hoje eu sou diferente. Eu gosto de me cuidar. E ela continua sem cuidar nada (P15;H).</i>
Modelo Explicativo	<i>Não penso em nada que possa ter provocado. Acho que é normal eu ter diabetes, minha família toda tem (P8;D). Me aposentei, parei de me movimentar e de ser útil. Aí chegou a doença que me paralisou mais ainda. Fico o tempo todo em casa sem fazer nada. Minha pressão não é alta, só sobe quando me aborreço. E eu fico muito nervoso desde que meu filho morreu. Muita preocupação, que aumenta o estresse e aumenta a pressão (P19;H). Eu tenho é nervos. Um nervoso que sobe para cabeça quando a pressão está alta. É tanto nervoso, que me dá vontade de me rasgar toda de tão irritada (P1;DH).</i>

Na terceira seção, o entrevistador colhe a narrativa do paciente investigando o modelo explicativo de seu problema de saúde, sendo explicitadas atribuições causais, nomes populares relacionados ao problema se for o caso, expectativas com relação a evolução e resultado do tratamento^{22,23}. Quase todos os entrevistados diagnosticados com apenas hipertensão apontaram o nervosismo, aborrecimento ou estresse como responsável pelo surgimento de sua doença. O nervosismo foi narrado como um dos responsáveis pela pressão alta por vários autores^{11,33,34}. Canesqui¹¹ realizou um estudo qualitativo sobre narrativas e significados da “pressão alta”, tendo também encontrado o descrédito no diagnóstico médico e a recusa em tomar remédios prescritos, associados a experiência pessoal e singular do adoecimento inserida no contexto socio-cultural mais amplo. A autora evidencia como a comunicação do diagnóstico médico é insuficiente para que o paciente reconheça e assuma sua condição de adoecimento, uma vez que as circunstâncias da vida influenciam suas representações de saúde e doença.

A maior parte dos pacientes que apontou ser seu problema de saúde a diabetes, respondeu que a tristeza e o desânimo associados a sentimentos de perda, como a morte de um familiar, aposentadoria ou fim do casamento, eram a causa de seu adoecimento. Não é difícil encontrar na literatura estudos que associem diabetes e depressão. Cyrino¹² também encontrou narrativas nas quais o termo “depressão” expressava sintomas de tristeza próprios de situações de perda e adversidade, e significava a causa do surgimento da doença. O restante dos entrevistados considerou outros fatores como causa do seu adoecimento como dificuldades em ter hábitos alimentares saudáveis, em realizar exercícios físicos regulares ou a predisposição genética. (Quadro 1).

Experiência com o tratamento

A quarta seção aborda a experiência de uso de serviços de saúde e de resposta a tratamentos, incluindo dificuldades ou não em seguir recomendações, e os caminhos trilhados para chegar ao cuidado atual^{22,23}. Os entrevistados procuraram apenas tratamento médico, e afirmaram que possuíam informações dadas pelos médicos, que explicaram “direitinho” seu problema de saúde. Somente três entrevistados disseram seguir o tratamento, sendo que mesmo estes três não tomavam remédio, de quinta a domingo, para poder ingerir bebidas alcoólicas. Eles relataram o modo como os médicos os atendiam, a grande maioria narrou boas experiências, mas houve também desencontros no atendimento clínico. Ao falar de experiências negativas, alguns pacientes apontaram sua contribuição para não-adesão ao tratamento atual.

Esses médicos são todos assim, não costumam olhar para sua cara e querem que você faça tudo que eles mandam. Você que estuda essas coisas de doutor, deixa eu te dizer uma coisa, tem muito médico ignorante e sem educação por aí. (P11;DH)

Impacto sobre a vida

Na quinta e última seção da entrevista, o entrevistador colhe o relato sobre o impacto que o problema de saúde teve sobre a vida do indivíduo, inclusive como ele acredita que a condição afetou ou não sua identidade, seu estilo de vida, sua relação consigo mesmo e com os outros^{22,23}. A maior parte dos entrevistados reconheceu mudanças em sua vida provocadas pelo seu processo de adoecimento, sentindo sua identidade afetada, conforme nos apontou Bury³² especialmente no adoecimento crônico. No entanto, alguns acreditavam que pouca coisa ou nada mudou, e que sua relação consigo mesmo e com os outros não foi afetada pelo seu problema de saúde.

QUADRO 2

Compreensão do fenômeno da adesão antes e depois da experiência com a entrevista McGill MINI

Temas emergentes		Aluno	Fragmentos ilustrativos das narrativas	
Antes da experiência	Depois da experiência		Antes da Experiência	Depois da experiência
Transmissão de informações	Autocuidado	A1	Adesão é quando o médico passa as informações e o paciente consegue entender.	Para ter adesão o paciente tem que em primeiro lugar querer se cuidar.
	Compreensão contextual	A4	Precisa explicar melhor para o paciente aderir ao tratamento.	Perguntar ao paciente o porquê de ele não seguir o tratamento.
Obediência	Autocuidado	A8	Adesão é o paciente conseguir seguir o tratamento que o médico mandou.	Começa da responsabilidade dele [paciente] sobre a saúde dele.
Aceitação do adoecimento	Empoderamento do paciente	A9	Para o paciente aderir, ele precisa acreditar que está doente e se tratar.	Buscar o porquê de o paciente não aderir. Conversar sobre a participação dele neste tratamento.
"Vínculo" médico-paciente	"Ouvir melhor" o paciente	A13	Adesão depende do vínculo médico-paciente.	Para o paciente aderir ao que eu estou dizendo, preciso ouvir melhor o que ele diz.
	Empoderamento do aluno	A14	Confiança do paciente no médico.	Me sinto mais capacitado para explorar melhor as dificuldades de adesão do paciente. Antes eu sentia raiva, agora eu converso.

A única coisa que mudou é que o médico agora diz que eu tenho essa doença. Fora isso tá tudo igual. (P30;H)

Uma parte dos pacientes apontou a percepção dos familiares e deles próprios quanto a crescente limitação de sua autonomia, identificada como a principal consequência imposta pelo problema de saúde. Ao narrar sobre o que mudou na sua autonomia e produtividade, alguns chegaram a dizer que foram "reduzidos a quase nada".

Muda tudo! Hoje me sinto mais boba, não posso fazer nada sozinha. (P5;D)

Tenho que aproveitar o cuidado de minha família e cuidar mais de mim. Meus filhos tão tudo preocupado comigo. Vive pegando no meu pé! (P35;D)

A literatura aponta para a necessidade de desenvolver estratégias que favoreçam a construção de vínculo, possibilitando que o paciente analise sua situação de saúde, gerando autonomia no cuidado da própria saúde³⁵.

A narrativa dos Internos antes e depois da experiência com a entrevista McGill MINI sobre o fenômeno da adesão

Os alunos perceberam que a não-adesão envolve múltiplos fatores, que normalmente não aparecem durante uma consulta médica habitual, e houve de fato uma ampliação na compreensão do fenômeno da adesão. No entanto, algumas ideias permaneceram após a experiência com a entrevista McGill MINI, principalmente a associação da não-adesão com a falta de informações adequadas, mesmo após ouvirem dos pacientes seu conhecimento das consequências de não seguir o tratamento.

Apresentamos no **Quadro 2** as categorias emergentes das entrevistas iniciais e finais realizadas com os alunos, relacionadas à compreensão do fenômeno da adesão, além das unidades de contexto representadas em suas falas. Antes da experiência, os alunos relacionavam a adesão à transmissão de informações, obediência, aceitação do adoecimento e vínculo médico-paciente. Ao final da experiência, emergiram os temas relacionados ao autocuidado, compreensão contextual, ouvir melhor o paciente e empoderamento do aluno e do paciente indicando assim uma mudança significativa na compreensão do fenômeno adesão, pois relataram que além de informar, buscariam "explorar o porquê da não adesão" (A9).

Agora com a aplicação do questionário, a gente já tem uma capacidade maior de tentar intervir (A4).

Os alunos tiveram oportunidade de descobrir muitas razões implicadas no fenômeno da adesão na medida em que foram capazes de conduzir a entrevista e escutar os pacientes. A realização da entrevista McGill MINI permitiu ao aluno conhecer o paciente em seu contexto, descobrir os motivos da não-adesão, e entrar em contato com aspectos relevantes do mundo do paciente com doença crônica, descritos na literatura.

Na entrevista inicial, os alunos consideraram os usuários que não aderiam ao tratamento carentes de conhecimento sobre sua própria saúde, enfatizando que a conduta seria a transmissão de informações. Condutas que incluíam "assustar os pacientes para ver se eles entendem", "explicar da maneira mais acessível possível para ele entender" ou "ter que mandar nele [paciente] para vir a obedecer", nos remete aos temas emergentes de transmissão de informações e obediência. Desta forma,

o cuidado estaria voltado para um processo de trabalho centrado no ato prescritivo, tendo os alunos uma compreensão dos usuários como consumidores de orientações, o que nos remete ao que Merhy³⁶ conceituou como “trabalho morto”.

Na entrevista final, a fala dos alunos indicou uma mudança significativa, pois apenas um dos alunos mencionou que a melhor conduta seria apenas informar o paciente. Treze alunos relataram que além de informar, buscariam “explorar o porquê da não adesão” (A7). Eles disseram sentir maior confiança para investigar a dificuldade de adesão do paciente: “Agora com a aplicação do questionário, a gente já tem uma capacidade maior de tentar intervir” (A4). A maioria dos alunos mostrou um outro modo de operar o trabalho em saúde, valorizando o estabelecimento de vínculo, numa relação mais solidária na direção da produção do compromisso diante do cuidado, como apontou Merhy³⁶.

Depois da experiência, a ênfase dos alunos passou a ser aprender e descobrir junto com o paciente o porquê da não-adesão, quais as dificuldades vivenciadas por ele. Consideram que ao investigar o porquê da não-adesão, é preciso reconhecer quando um paciente está mentindo ou omitindo sobre seu tratamento, assim como é preciso lidar com a própria limitação quando o outro não quer se cuidar: “A pressão dele estará sempre aumentada e você não vai entender o motivo, já que ele responde que está fazendo exercício, está fazendo dieta, toma os medicamentos” (A7).

Dois alunos confessaram que chegaram a sentir raiva dos pacientes com dificuldades de adesão:

Antes da entrevista, eu tinha dificuldades e ficava chateado com o paciente porque parecia que meu trabalho estava sendo inútil. Hoje, depois desta experiência, consegui entender, ele não está aderindo não é à toa, ele tem um problema, um porquê de não aderir. (A7)

Os alunos acrescentaram que, até então, não haviam recebido, em sua formação acadêmica, recursos para transmitir informação ou se comunicar com pacientes que apresentam dificuldades de adesão, enfatizando, ainda, a falta de exemplos de profissionais lidando com estes pacientes.

Geralmente a gente não recebe muita coisa para lidar com pacientes com dificuldades de adesão, é mais intuição (A9).

Apreciando a experiência de realização da Entrevista McGill MINI

Os alunos consideraram que a entrevista McGill MINI seria muito útil em sua formação, permitindo que eles fossem observados e avaliados quanto a abordagem de pacientes com qualquer doença, e não só com dificuldades de adesão ao

QUADRO 3

Apreciação da experiência com a entrevista McGill MINI no contexto da formação médica

Temas emergentes	Fragments ilustrativos das narrativas
A entrevista como aprendizado para a prática clínica	<i>Seria ótimo ter esta experiência ao longo da faculdade. Poderia haver uma prática do aluno, que está no início com o paciente, tendo um professor vendo. Para que ele saísse dali com a experiência de aprender a ouvir, com perguntas mais aprofundadas, buscando causas nos problemas familiares ou pessoais. Esta busca é que eu acho importante e aprendi a fazer com esta experiência (A2). No quarto período acostumamos a fazer perguntas, quando começou o sintoma, quanto tempo durou, e no final da lista toda, falamos que estamos abordando o paciente de forma integral. Ao me deparar com esta entrevista, feita de maneira totalmente diferente, penso que tem muita coisa que faltou para ver o paciente de forma integral (A6). A gente acaba encaixando algumas perguntas que aprendemos na entrevista na própria consulta da gente. Percebi que, realmente, eu não perguntava isto antes e agora estou perguntando, assim, sem pensar. A experiência com a entrevista quebrou o preconceito que eu tinha da não adesão. Sem perceber eu incorporei algumas perguntas na minha forma de fazer anamnese. Com a entrevista a gente ficou mais capacitado a fazer isso (A13).</i>
A entrevista contribuindo para abordagem dos pacientes com dificuldades de adesão	<i>A entrevista valeu a pena. Mostrou-me o quanto é importante essa conversa, e deixar o paciente falar e começar com perguntas: “E aí? Como aconteceu?” Deixar o paciente contar do jeito dele, pois até no jeito dele te contar, ele vai mostrar suas experiências, do porquê que ele está seguindo ou não está seguindo o tratamento (A3). Quando antes o paciente me dizia que não tinha tomado remédio durante a semana, eu pulava a pergunta e passava para outra, agora eu pergunto se aconteceu alguma coisa nesta semana, como estava sua família e a vida dela. Esta experiência me mudou. Foi muito bom, porque mostrou que eu devo ouvir (A12). Foi muito bom, porque mostrou que eu devo ouvir mais e manter uma melhor relação com o paciente. Devo manter uma boa relação porque não manter uma boa relação médico paciente, aí é que ele não vai aderir mesmo (A6).</i>
Dificuldades na experiência com a entrevista	<i>Nas duas primeiras entrevistas me senti travado, sem entender quando eu podia interromper para perguntar, mas depois foi ficando mais fácil, consegui entender quando deixar o paciente falar e quando eu podia falar sem cortar a resposta (A5). A entrevista tem muitas perguntas, achava repetitiva, mas depois de aplicar algumas vezes e conversar com você [a pesquisadora] após as entrevistas eu entendi. As perguntas se repetem para ainda descobrir algo que não foi dito (A7). Achava a entrevista muito longa e difícil de perguntar tudo. Mas consegui conversar com os pacientes assuntos que eu não investigaria normalmente (A10). Sim, tive bastante dificuldade. Para mim foi um tipo de abordagem muito diferente. A entrevista faz você puxar mais do paciente, o que não era uma coisa que eu estava acostumada a fazer (A11).</i>

tratamento. Todos os 14 alunos reconheceram a utilidade da entrevista na formação médica, e apontaram algumas dificuldades encontradas ao realizá-la (**Quadro 3**).

Os alunos mostraram compreensão e valorização da narrativa na clínica, apontadas também por Greenhalgh *et al.*³⁷ ao considerar o sujeito na construção de suas histórias em relação ao processo de adoecimento, suas demandas, suas formas de compreensão e respostas. O aluno teve a chance de incorporar o ouvinte que deseja capturar e perceber os elementos surgidos a partir da vivência do adoecimento.

Os alunos admitiram encontrar dificuldades com a aplicação da entrevista, mas relataram que estas vão diminuindo com a continuidade da aplicação da entrevista, na medida em que vão compreendendo que seu roteiro semiestruturado serve como guia, permitindo adaptações quando necessárias para cada indivíduo entrevistado.

Ao reconhecerem a importância da Entrevista McGill MINI como um recurso para compreender e explorar a experiência de adoecimento e tratamento do paciente, os Internos se remetem as poucas oportunidades de aprendizagem na abordagem de pacientes em geral.

Porque a gente tem, ao longo da faculdade, um ensinamento que identifica que tem um problema, diz que esta é a solução, te dou a solução e você fica tratado, é assim. Não é tentar ver o todo e tentar adequar a melhor conduta para o indivíduo. Geralmente é no fluxograma, aquela doença trata com tal medicamento, dá que melhora. A gente não pensa muito em custo, ou se é fácil a pessoa ter acesso àquele medicamento, a gente pensa só em fluxogramas. (A7)

Muitos aspectos apontados pelos alunos sobre o que faltou na aprendizagem de recursos na formação médica para lidar com as dificuldades de adesão do paciente já foram reconhecidos, inclusive por Janaudis *et al.*³⁸ ao relacionar estes problemas com um aprendizado fragmentado, que dificulta o desenvolvimento de uma visão integral do paciente e um melhor conhecimento do funcionamento do sistema de saúde.

Eu acho que essa capacidade de envolver o paciente no tratamento, fazer ele entender que o tratamento não é uma questão passiva apenas, que é uma questão ativa, que ele tem que se envolver, isso faltou um pouco na formação acadêmica. (A3)

A maneira como os alunos responderam como a entrevista havia mudado sua abordagem com o paciente sugeriu que

a experiência os tornou mais seguros em lidar não somente com dificuldade de adesão por parte do paciente, mas também com outras dificuldades de manejo clínico que possam vir a encontrar. Os alunos enfatizaram ter perdido o medo de investigar possíveis problemas, e ter aprendido como podem iniciar uma conversa e abordar questões necessárias para o tratamento (**Quadro 3**).

A reflexão crítica manifestada pelos alunos em relação ao alcance de suas ações terapêuticas é uma competência destacada por Leite *et al.*³⁹, que apontam a importância dos profissionais de saúde serem capazes de estimular os usuários a se tornarem sujeitos sociais com possibilidades de reivindicar seus próprios interesses.

A entrevista facilitou um novo aprendizado para o aluno, o que proporcionou sua percepção sobre modos diversos de estabelecimento de vínculo com o paciente. O Ministério da Saúde, através de suas políticas indutoras de formação de recursos para o SUS, enfatiza a criação do vínculo, na medida em que o vínculo interfere no compromisso com a saúde do sujeito, na percepção do quanto aquela pessoa o afeta, e no fato de reconhecer que o vínculo é terapêutico podendo contribuir para que graus crescentes de autonomia sejam alcançados. Balduino *et al.*¹⁹ corroboram ao apontar o despreparo do aluno para a formação efetiva de vínculos empáticos com os pacientes.

CONCLUSÕES

A importância da escuta da experiência de adoecimento e tratamento como uma dimensão necessária ao lado do conhecimento biomédico mostrou-se útil, e desejada pelos alunos. Embora possa não ter sido capaz de transformar concepções adquiridas no aprendizado ao longo de vários anos no modelo hegemônico de formação, permitiu o reconhecimento da necessidade de entender e conhecer melhor o paciente, aprendendo a não focalizar quase exclusivamente nos aspectos técnicos da caracterização e do tratamento das doenças.

O desenvolvimento da capacidade crítica em relação ao alcance de suas ações terapêuticas é uma necessidade, sobretudo na Atenção Primária a Saúde, que deve, portanto, valorizar a utilização de um instrumento como a entrevista McGill MINI que permite conhecer o sujeito além de seu corpo.

A experiência com a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento despertou nos alunos um sentimento de maior capacidade na abordagem de pacientes com problemas de adesão. Nossos resultados sugerem que a entrevista McGill MINI pode contribuir para uma relação dialógica, que integre uma atitude de inovação e renovação na relação entre médico e paciente. Os alunos reconheceram a entrevista McGill MINI como útil para conhecer a experiência de adoecimento e tratamento de um in-

divíduo no seu contexto socioeconômico e cultural, consoante os objetivos descritos para esta entrevista na literatura^{22,23}.

O aumento dos estudos sobre a experiência do paciente, seus sofrimentos, sua forma de compreender e enfrentar seu adoecimento, incluindo estigmas dele decorrentes, tem contribuído para o manejo das dificuldades de adesão ao tratamento e de outros problemas clínicos. Isto já faz parte do campo de pesquisa da prática médica, devendo ser incluída no campo da formação médica.

REFERÊNCIAS

1. Navarro de Souza A, Rocha HA, Bastos DF, Gomes MK, Bollela VR. A narrativa de adoecimento e as práticas formativas na construção da realidade clínica. *Cadernos da ABEM* 2015; 10:47-57.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. 2007.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. *Diário Oficial da União* 2014. 23 Jun.
4. Muniz JR, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Rev Bras Educ Med* 2009 Mar; 33(1):72-79.
5. Lopes AAF. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde e Sociedade* 2015; 24(2):486-500.
6. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RRA. Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao "empoderamento". *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13(30):93-106.
7. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88(2):251-258.
8. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4):497-504.
9. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DTV, Neiva FC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(2):335-342.
10. Navarro de Souza A. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciênc Saúde Colet* 2001; 6(1):87-96.
11. Canesqui AM. Estudo de caso sobre a experiência com a pressão alta. *Physis* 2013; 23(3):903-924.
12. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Ed. UNESP; 2009.
13. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde e doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface Comun Saude Educ* 2009; 13(28):7-18.
14. Afonso SBC, Mitre RMA. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(9):2605-2613.
15. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2006.
16. Godoy DC, Cyrino AP. O Estetoscópio e o Caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de medicina. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2013.
17. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(4):515-525.
18. Almeida HO, Alves NM, Costa MP, Trindade EMV, Muza GM. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29(3):208-216.
19. Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36(3):335-342.
20. Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, Uchôa-Figueiredo LR. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface Comun Saúde Educ* 2016; 20(59):1005-1014.
21. Trindade EMV, Almeida HO, Novaes MRCCG, Versiane ER. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29(1):48-50.
22. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry* 2006; 43(4):671-91.
23. Leal EM, Souza AN, Serpa Júnior OD, Oliveira IC, Dahl CM, Figueiredo AC, Salem S, Groleau D. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(8):2393-2402.
24. Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: influence of culture and place. *Health & Place* 2010; 16(5):853-60.

25. Dickinson P, Looper KJ, Groleau D. Patients diagnosed with nonepileptic seizures: their perspectives and experiences. *Epilepsy & Behav* 2011;20(3):454-61.
26. Navarro de Souza A, Groleau D, Loisel CG, Foulkes WD, Wong N. Cultural Aspects of healthy BRCA carriers from two ethnocultural groups. *Qual Health Res* 2014;24(5):665-81.
27. Prefeitura Municipal de Pirai. Pirai – RJ. [capturado 10 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.pirai.rj.gov.br>
28. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
29. Schwandt TA. *The SAGE dictionary of qualitative inquiry*. 3rd ed. Londres: SAGE, 2007.
30. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2006; 2(7):165-176.
31. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium* 2011; 40:201-219.
32. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn* 1982; 4(2):167-182.
33. Leão LO, Soares MM, Leão MAO, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: Percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis* 2013; 23(1):227-242.
34. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(5):2603-2610.
35. Gusso G, Lopes JMC, org. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. 2v.
36. Merhy, EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira SMF. *Democracia e saúde: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-142.
37. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, org. *Narrative based medicine*. 3.ed. Londres: BMJ Books; 2002. p.3-17.
38. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bioét* 2007; 15(1):27-36.
39. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8(3):775-782.

COLABORAÇÃO DOS AUTORES

Daniela Freitas Bastos trabalhou na concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Antônio Jose Ledo Alves da Cunha trabalhou no delineamento do estudo, e na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Alicia Navarro de Souza trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, e na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Daniela Freitas Bastos
Rua Barata Ribeiro, 727/901
Copacabana – RJ
CEP 22051-001
E-mail: danielafreitas.ufrj@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.