



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

SANDY MANUELLA SCHITINI MACEDO

**AUTOMEDICAÇÃO COM ANTI-HIPERTENSIVOS POR PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA USUÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO E DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

ARACAJU

2019

SANDY MANUELLA SCHITINI MACEDO

**AUTOMEDICAÇÃO COM ANTI-HIPERTENSIVOS POR PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA USUÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO E DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa

Aracaju - SE

2019

SANDY MANUELLA SCHITINI MACEDO

**AUTOMEDICAÇÃO COM ANTI-HIPERTENSIVOS POR PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA USUÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO E DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Sandy Manuella Schitini Macedo

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa

SANDY MANUELLA SCHITINI MACEDO

**AUTOMEDICAÇÃO COM ANTI-HIPERTENSIVOS POR PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA USUÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO E DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar meus passos, me dar sabedoria e resiliência para a realização de mais uma etapa.

Aos meus pais por serem meu alicerce e apoiar minhas decisões e planos. Ao meu irmão por todo carinho e união. À minha família e amigos que sempre acreditaram no meu potencial.

Ao meu orientador, Dr.^a Antônio Carlos Sobral Sousa, pela oportunidade de participar desse projeto e pelo profissional exemplar e pessoa excepcional que ele é. Tão importante na minha caminhada como futura médica.

Ao professor Dr. Enaldo pela paciência e assistência prestadas durante todo processo estatístico.

Às minhas amigas e companheiras de TCC, Schirley e Talita, por toda ajuda e dedicação desde a coleta dos dados até a finalização da estatística. Muito obrigada meninas por todas as lágrimas e sorrisos ao longo deste processo.

À Doutoranda Glessiane Almeida pela assistência e acolhimento prestados. Sem ela, esse projeto não seria possível.

À equipe do Hospital Universitário, em especial aos cardiologistas, que colaboraram para a produção dessa pesquisa.

Aos pacientes, minha imensa gratidão pela paciência ao responder o questionário e pelo sorriso no meu rosto ao fim de cada conversa.

Enfim, muito obrigada a todos que contribuíram para a realização dessa etapa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

REVISÃO DE LITERATURA

Figura 1. Fluxograma para o tratamento da hipertensão.....	20
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Distribuição de Frequências das características gerais dos pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	48
Tabela 2. Automedicação e características sociodemográficas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	49
Tabela 3. Automedicação e características clínicas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	50
Tabela 4. Serviços de Saúde e características gerais de hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFARMA	Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas
AHA	American Heart Association
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVE	Acidente vascular encefálico
BB	Bloqueadores beta-adrenérgicos
BCC	Bloqueadores de canal de cálcio
BRA	Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II
DAP	Doença arterial periférica
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DIU	Diurético
DM	Diabetes mellitus
DRC	Doença renal crônica
HAB	Hipertensão do avental branco
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HM	Hipertensão Mascarada
HU	Hospitais universitários
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência cardíaca
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina I
LOA	Lesão de órgão alvo
MAPA	Medição ambulatorial da pressão
MEC	Ministério da Educação e Cultura

MRPA	Medição residencial da pressão arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Operadoras de Plano de Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e seus aspectos epidemiológicos.....	12
1.2 Definição e Fatores de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	14
1.3 Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	15
1.4 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
1.4.1 <i>Metas Terapêuticas</i>	17
1.4.2 <i>Mudança do Estilo de Vida</i>	18
1.4.3 <i>Tratamento Farmacológico</i>	19
1.5 Automedicação.....	20
1.6 Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde.....	22
1.7 Saúde Suplementar.....	24
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	25
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....	29
3. ARTIGO ORIGINAL.....	39
RESUMO.....	40
ABSTRACT.....	40
INTRODUÇÃO.....	41
MÉTODOS.....	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	44
LIMITAÇÕES.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
AGRADECIMENTOS.....	47
POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE.....	47

FONTE DE FINANCIAMENTO.....	47
VINCULAÇÃO ACADÊMICA.....	47
TABELAS.....	48
REFERÊNCIAS.....	53

REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e seus aspectos epidemiológicos

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos problemas de maior magnitude da saúde pública, visto que possuem alta taxa de morbimortalidade e interferem diretamente na qualidade de vida de seu portador, além de repercutir economicamente no indivíduo, em sua família e na gestão pública (MALTA et al., 2015).

Consideradas anteriormente como problema de países desenvolvidos, as DCNT configuram hoje uma realidade de grande impacto nos países em desenvolvimento (WAGNER e BRATH, 2012). O processo de transição epidemiológica, com significativa redução das doenças infecciosas e maior incidência de DCNT, acidentes e violência, fez com que países como o Brasil experimentassem, nas últimas décadas, alterações em seu padrão de morbimortalidade (MALTA et al., 2015).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as DCNT são responsáveis por 70% dos óbitos ocorridos no mundo. O Brasil, com uma população de aproximadamente 206 milhões de habitantes, registra 928 mil mortes por doenças crônicas não transmissíveis, equivalente a 73% dos óbitos do país, com risco de morte prematura de 17% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

De acordo com a OMS, um grupo de fatores de risco está intrinsecamente relacionado com a morbimortalidade das DCNT, dentre eles destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2014). Entretanto, a etiologia das DCNT é multifatorial e sua ocorrência é influenciada diretamente pelas condições de vida e desigualdades sociais (MALTA et al., 2015).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, quatro são ressaltadas - as doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Estas enfermidades, em 2012, foram responsáveis pelos seguintes números de óbitos: 17,5 milhões de mortes por afecções cardiovasculares (equivalentes a 46,2% do total de óbitos por DCNT), 8,2 milhões por neoplasia (21,7%), 4,0 milhões por doenças respiratórias crônicas (10,7%) e 1,5 milhões por diabetes mellitus (4%) (WHO, 2014). No Brasil estima-se que em 2011, 30,4% das mortes por doença crônica não transmissível foi referente a doenças cardiovasculares, 16,4% a neoplasia, 6% as doenças respiratórias crônicas e 5,3% a diabetes mellitus (MALTA et al., 2014).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) correspondem a uma das quatro DCNT apontadas como prioridade pelos líderes mundiais na Declaração Política sobre Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis de 2011. Dentre os objetivos gerais para a prevenção e controle destas doenças, a serem alcançados em 2025, estão inclusos: Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25%, Redução relativa de 10% do uso nocivo do álcool, Redução relativa de ingestão de sal ou sódio em 30%, Redução relativa de 10% da prevalência de atividade física insuficiente, Redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, Redução relativa de 25% na prevalência de hipertensão, parar a ascensão da diabetes e obesidade, disponibilizar 80% de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, necessários ao tratamento das DCNT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) além de estar inclusa no escopo das doenças cardiovasculares, representa também o principal fator de risco das demais DCV. Mundialmente, o número de adultos portadores desta patologia subiu de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhões em 2015 (OLIVEIRA et al., 2017). Estudos demonstram ainda a perspectiva de crescimento global da incidência desta enfermidade em 60% até 2025 (WHO, 2011).

No Brasil, pela simplicidade do método e pelos custos reduzidos, inquéritos populacionais têm ajudado a estimar a prevalência da HAS. O Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontou que na última década a prevalência da HAS tem se mantido constante. Em média um quarto da população adulta brasileira é portadora desta patologia. Vale lembrar, entretanto, que o critério utilizado pode subestimar o diagnóstico, já que tais dados são adquiridos através da HAS autorreferida (BRASIL, 2017).

Em 2013, foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) um inquérito domiciliar nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), este estudo contou com uma amostra de 60.202 participantes e utilizou três critérios diagnósticos para descrever a prevalência de portadores de HAS, são eles: Pressão Arterial (PA) medida $\geq 140/90$ mmHg; autorreferido; PA medida $\geq 140/90$ mmHg e/ou em uso de medicamento anti-hipertensivo. A inclusão destes métodos diagnósticos possibilitou avaliar melhor a extensão desta doença na população brasileira (MALTA et al., 2018).

De acordo com a PNS a prevalência da hipertensão arterial sistêmica variou entre um quinto e um terço da população adulta do Brasil, a depender do critério diagnóstico analisado. Os números encontrados foram: 21,4% relativo à HAS autorreferida (IC95% 20,8 – 22,0);

22,8% portadores de PA $\geq$ 140/90 mmHg (IC95% 22,1 – 23,4) e 32,3% por PA medida $\geq$ 140/90 mmHg e/ou em uso de drogas anti-hipertensivas (IC95% 31,7 – 33,0). Em todos os critérios utilizados ocorreu aumento da HAS com o avanço da idade. (MALTA et al., 2018).

As regiões sudeste e sul, de acordo com os três critérios, apresentam uma prevalência maior da doença. No diagnóstico com a medição da PA e/ou uso de drogas anti-hipertensivas não houve diferenças significativas entre os sexos. Contudo, no critério autorreferido mulheres possuem números superiores. E os homens quando se é verificado apenas o valor da PA, prevalecem (MALTA et al., 2018).

O estado de Sergipe, de acordo com a PNS, seguiu o padrão nacional apresentado. Foram encontrados os seguintes números: 20,7% relativo à HAS autorreferida (IC95% 18,6 – 22,8); 22,7% portadores de PA $\geq$ 140/90 mmHg (IC95% 20,5 – 25,1) e 31,8% por PA medida $\geq$ 140/90 mmHg e/ou em uso de drogas anti-hipertensivas (IC95% 29,5 – 34,2) (PNS, 2013). Já na capital, Aracaju, de acordo com o critério autorreferido, foi evidenciado que 26,1% da população adulta alega ser portador da doença (BRASIL, 2017).

Economicamente a hipertensão arterial sistêmica acarreta importante impacto e provoca altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que anualmente há um gasto de US\$ 398,9 milhões, ou seja, o equivalente a 1,43% dos gastos totais do SUS (ALMEIDA-SANTOS, 2018). Níveis sustentados e elevados da PA são também responsáveis por significativa contribuição nos anos de vida perdidos por incapacidade e aumentam a probabilidade de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal e óbito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Portanto, a importância de um sistema de saúde eficaz para prevenir a hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

1.2 Definição e Fatores de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial sistêmica é definida pela persistência dos níveis da Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior/igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior/igual a 90 mmHg. É uma condição clínica de etiologia multifatorial e caracteriza-se pela elevação sustentada dos níveis pressóricos. Constantemente se associa a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e a distúrbios metabólicos, com consequente elevação do risco cardiovascular para eventos fatais e não fatais (SBC, 2016).

Um novo guideline referente à hipertensão arterial foi publicado, em 2017, pela sociedade americana de cardiologia, como atualização do último Joint (VIII Joint 2014). Nele passa a ser considerada hipertensão arterial sistêmica a presença de PAS $\geq$ 130 mmHg e/ou PAD $\geq$ 80 mmHg. Os valores encontram-se abaixo do último Joint e caso adotado a nível mundial, aumentará consideravelmente a prevalência desta doença (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2017).

Os fatores de risco associados à HAS abrangem diversos aspectos, dentre eles: a idade de seu portador (associação direta e linear), sexo e etnia, genética, dieta inadequada, ingesta excessiva de sal, consumo abusivo de álcool, sedentarismo, obesidade, tabagismo e fatores socioeconômicos (SBC, 2016).

Em um estudo realizado com os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, coletados em 2013, a prevalência de HAS foi mais elevada entre os adultos de raça/cor de pele preta, seguidos dos brancos e pardos, tal fato pode estar relacionado à predisposição genética desta etnia, às piores condições de vida, ao menor acesso aos serviços de saúde e ao estresse devido à discriminação racial. Já os pacientes obesos teriam até três vezes mais risco de desenvolver a doença, ou seja, perder peso é o método mais efetivo para a redução da PA nestes indivíduos. A ingesta excessiva de sal, por sua vez, está associada diretamente a HAS, correlacionando-se com aumento da retenção hídrica no corpo e sobrecarga do funcionamento cardíaco. Em relação ao tabagismo e o consumo crônico de álcool, ambos não só influem diretamente na prevalência da HAS, como também se associam a maior morbimortalidade cardiovascular (MALTA et al., 2017).

A Hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, logo, possui relação independente com eventos de morte súbita, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular encefálico (AVE), doença renal crônica (DRC), doença arterial periférica (DAP), retinopatia hipertensiva e aneurisma de aorta (SBC, 2016).

1.3 Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

A avaliação clínica inicial do paciente hipertenso compreende, primeiramente, a confirmação do diagnóstico. É necessário suspeitar e identificar possíveis causas secundárias, assim como estratificar o risco cardiovascular. Doenças associadas e lesões de órgão-alvo (LOA) devem ser pesquisadas. Para atingir tais objetivos é preciso uma boa anamnese, com a

história clínica do paciente detalhada, exame físico, avaliação laboratorial básica e em casos específicos utilizar exames complementares (SBC, 2016).

O diagnóstico da Hipertensão arterial sistêmica é eminentemente clínico. A medição da PA deve ser realizada por meio de equipamentos adequados e validados, com cumprimento da técnica preconizada. A PA deve ser medida em toda avaliação clínica, seja pelo médico ou pelos demais profissionais da saúde, desde que devidamente capacitados. É fundamental a realização de pelo menos duas medidas da PA, em momentos distintos, sendo ambas $\geq 140/90$ mmHg, podem ser utilizadas a pressão de consultório e/ou fora dele (medição residencial da pressão arterial – MRPA - ou a medição ambulatorial da pressão arterial - MAPA 24h). Os valores de anormalidade são definidos para cada método utilizado. Entretanto, caso o paciente possua PA aferida $\geq 140/90$ mmHg com alto risco cardiovascular ou PA $\geq 180/110$ mmHg, o diagnóstico já é fechado em apenas uma visita (SBC, 2016).

Alguns cuidados quanto ao preparo do paciente durante a aferição da PA devem ser seguidos: Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo, se certificar de que o paciente não tenha praticado exercício na última hora, não haja fumado nos 30 minutos anteriores, não tenha ingerido café, bebidas alcoólicas ou alimentos e que não esteja com a bexiga cheia. O paciente deve estar sentado, confortável, com as pernas descruzadas e com seus pés apoiados no chão, já o braço deve estar na altura do coração, apoiado e com a palma da mão voltada para cima (SBC, 2016).

Quanto a sua classificação a HAS é dividida de acordo com seus níveis pressóricos. Os valores da PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes. De acordo com a pressão de consultório pode-se classificar a PA em: normal, quando a PAS ≤ 120 mmHg e PAD ≤ 80 mmHg; pré-hipertensão, PAS entre 121-139 mmHg e PAD entre 81-89 mmHg; hipertensão estágio 1, PAS entre 140-159 mmHg e PAD entre 90- 99 mmHg; Hipertensão estágio 2, PAS entre 160-179 mmHg e PAD entre 100-109 mmHg e hipertensão estágio 3, quando PA $\geq 180/110$ mmHg (SBC, 2016).

No guideline de 2017, em contrapartida, a sociedade americana de cardiologia classifica os níveis pressóricos de forma distinta: normal, quando a PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg; elevada, PAS entre 120-129 mmHg e PAD < 80 mmHg; Hipertensão estágio 1, PAS entre 130-139 mmHg e/ou PAD entre 80- 89 mmHg e Hipertensão estágio 2, PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg (AHA, 2017).

Já a sociedade europeia de cardiologia, em 2018, definiu a classificação dos níveis pressóricos da seguinte forma: ótimo, quando a PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg; normal, PAS entre 120-129 mmHg e PAD entre 80-84 mmHg; normal-alto, PAS entre 130-139 mmHg e PAD entre 85- 89 mmHg; Hipertensão estágio 1, PAS entre 140-159 mmHg e PAD entre 90-99 mmHg; Hipertensão estágio 2, PAS entre 160-179 mmHg e PAD entre 100-109 mmHg e hipertensão estágio 3, quando PA $\geq$ 180/110 mmHg (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Vale salientar ainda, duas outras modalidades – A hipertensão do avental branco (HAB) e a hipertensão mascarada (HM). A HAB se caracteriza por valores pressóricos aumentados, quando medido em consultório, e valores dentro do padrão de normalidade, quando verificados no MRPA ou no MAPA 24h, estudos evidenciaram ainda, que em longo prazo o risco cardiovascular de pacientes portadores de HAB, ficaria entre o normotenso e o hipertenso. Na HM, por sua vez, seus portadores encontram-se normotensos em consultório, porém PA elevada em medidas residenciais ou MAPA 24h (SBC, 2016).

1.4 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A abordagem terapêutica da HAS engloba medidas relacionadas a mudanças do estilo de vida e ao uso de fármacos anti-hipertensivos. O objetivo é reduzir os níveis pressóricos, proteger órgãos - alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais (SBC, 2016). O diagnóstico, o tratamento e o controle da doença são fundamentais, portanto, a detecção precoce e a adesão terapêutica são medidas custo-efetivas em saúde pública (MALTA et al., 2015).

1.4.1 Metas Terapêuticas

A meta ideal relacionada ao controle pressórico é controversa, já que se faz necessária a utilização de metas distintas para grupos populacionais diferentes. O alvo de 140/90 mmHg é recomendado por grande parte das diretrizes, baseando-se no parecer de especialistas. Estudos observacionais, entretanto, demonstraram um aumento contínuo e linear do risco cardiovascular associado ao aumento da PAS a partir de 115 mmHg. Em contrapartida, ensaios clínicos na população geral não corroboraram que o controle rigoroso da PA traga benefícios (DE ABREU, DA SILVA e DRAGER, 2016).

Estudos randomizados surgiram com o objetivo de analisar qual meta pressórica seria ideal para grupos de alto risco, dentre eles destacam-se o estudo ACCORD BP e o SPRINT.

No primeiro, 4.733 pacientes diabéticos tipo 2 foram randomizados para controle pressórico estrito, cuja meta da PAS foi menor que 120 mmHg (n = 2362) ou para controle padrão, com meta < 140 mmHg (n = 2371) (CUSHMAN et al., 2010). Já o Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT), avaliou o benefício do controle rigoroso da PA em pacientes com elevado risco cardiovascular, excluindo-se portadores de DM ou AVE prévio, incluiu 9.361 adultos hipertensos com idade média de 68 anos (WRIGHT et al., 2015).

O estudo ACCORD BP concluiu que nos portadores de DM tipo 2 não há benefícios do controle pressórico mais intenso se comparada a meta padrão (PAS < 140 mmHg), excetuando-se uma pequena redução da taxa de AVE no primeiro grupo (CUSHMAN et al., 2010). Já o SPRINT demonstrou que entre os pacientes estudados o controle estrito da PAS (em torno de 120 mmHg) resultou em menores taxas de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (WRIGHT et al., 2015). Em ambos os estudos, entretanto, foi observado que o tratamento intensivo aumentou a taxa de eventos adversos como hipotensão, síncope ou alterações eletrolíticas (DE ABREU, DA SILVA e DRAGER, 2016).

É importante, então, considerar que a busca por metas pressóricas mais baixas implica num maior uso de classes e doses de drogas anti-hipertensivas. O risco para aumento de efeitos colaterais e possivelmente uma maior probabilidade de não adesão à terapia combinada se faz presente. A conduta medicamentosa deve, portanto, ser sempre individualizada nos pacientes, conforme sua tolerância. (DE ABREU, DA SILVA e DRAGER, 2016).

1.4.2 Mudança do Estilo de Vida

As mudanças do estilo de vida são recomendadas não só como medidas de prevenção primária da HAS como também fazem parte de seu tratamento. Adequações nutricionais como a dieta *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), que estimula o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, o controle ponderal com redução de peso e de circunferência abdominal, a baixa ingestão de sódio, a prática de atividades físicas, a redução do consumo de álcool, o controle do estresse e a cessação do tabagismo são medidas fundamentais para a redução da PA e o controle da doença (SBC, 2016).

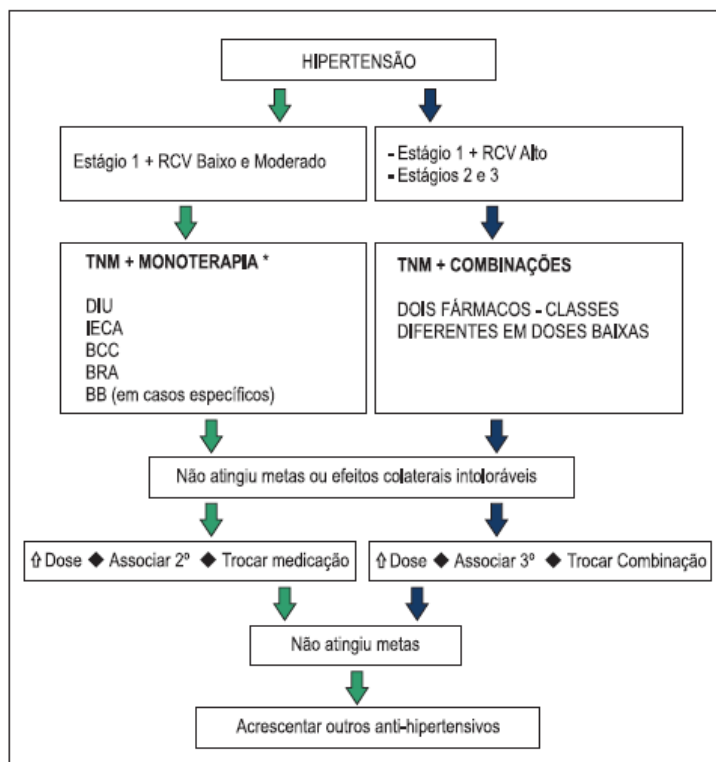
1.4.3 Tratamento Farmacológico

Ao ser instituído o tratamento medicamentoso, o paciente deverá ser orientado sobre a droga a ser utilizada, a necessidade de seu uso contínuo, o eventual ajuste de doses, a possibilidade de troca ou associação de medicamentos e possíveis efeitos colaterais. A escolha da droga anti-hipertensiva está diretamente relacionada a seguintes características: ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovascular, ser bem tolerado, ser utilizado no menor número de tomadas por dia, ser iniciado com as menores doses efetivas, poder ser usado em associação e ser eficaz por via oral (SBC, 2016).

Todas as classes de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizadas, desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas. Inicialmente a preferência será por aqueles em que haja comprovação de diminuição dos eventos cardiovasculares, como os diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA), bloqueadores de canal de cálcio (BCC) e bloqueadores beta-adrenérgicos (quando indicados). Os demais, como os agonistas alfa-2 centrais, alfabloqueadores, inibidores direto da renina e vasodilatadores diretos são reservados a casos específicos em que haja a necessidade de tais drogas para que sejam atingidas as metas da PA (SBC, 2016).

O tratamento medicamentoso poderá ser realizado em monoterapia ou através da associação entre classes distintas de anti-hipertensivos (Figura 1). Cada quadro deverá ser individualizado de acordo com sua necessidade, com o objetivo de alcançar as metas do controle pressórico e reduzir o risco cardiovascular (SBC, 2016).

Figura 1 – Fluxograma para o tratamento da hipertensão. RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

1.5 Automedicação

A definição da automedicação não possui universalidade, a mesma pode ser descrita como a prática de seleção e utilização de medicamentos isentos de prescrição, a reutilização de remédios previamente prescritos sem supervisão de um profissional capacitado e o uso de medicações que exigem prescrição médica para tratar sintomas ou doenças autorreconhecidas (LOCQUE et al., 2017). A não adesão terapêutica, a alteração na dose prescrita e o uso de medicamento indicado por amigos e familiares também pode ser descrito como automedicação (SHAGHAGHI et al., 2014).

A prática da automedicação é multifatorial. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população, a demora e baixa qualidade do atendimento, tanto do setor público quanto do suplementar, a crença no benefício proveniente das medicações, a veiculação de propagandas na mídia e a necessidade de aliviar sintomas, constituem aspectos importantes (NAVES et al., 2010). Portanto, fatores políticos, culturais e econômicos têm contribuído para o aumento e a disseminação desta prática a nível mundial, transformando-a em um problema de saúde pública. (LOYOLA FILHO et al., 2002).

Segundo a OMS, no âmbito comunitário, esta prática quando realizada de modo racional, pode poupar recursos evitando, assim, o colapso do SUS por atendimento a casos de menor urgência ou que sejam transitórios. Contudo, o ato de usar por conta própria medicamentos que só devem ser utilizados sob prescrição médica, que contém tarja vermelha ou preta na embalagem (como anti-hipertensivos e antipsicóticos, respectivamente), pode ocasionar graves consequências à saúde individual e coletiva da população (OMS, 2005).

No Brasil, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), aproximadamente 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação e cerca de 20 mil morrem ao ano em sua decorrência (INSTITUTO VIRTUAL DOS FÁRMACOS, 2006). A má qualidade da oferta do medicamento, o não cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e a falta de instrução e informação na população geral, justificam a preocupação com essa prática no país (ARRAIS et al., 1997).

Alcançando 22,1 bilhões de dólares anualmente, o Brasil é um dos principais consumidores mundiais de medicamentos. O país possui uma proporção de 3,3 farmácias para cada 10 mil habitantes, número três vezes maior que o preconizado pela OMS (DOS SANTOS et al., 2012). A qualidade dos medicamentos ofertados e a competência do trabalho das instâncias que controlam este mercado também exercem papel relevante nos riscos implícitos da automedicação (ARRAIS et al., 1997). Segundo a Organização Mundial da Saúde mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos, e metade dos pacientes os utilizam de maneira errada (WHO, 2013).

Aproximadamente um terço das internações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos (AQUINO, 2008). No ano de 2011, os medicamentos corresponderam a 29,5% dos casos de intoxicações registrados no Brasil e a 16,9% dos casos de óbito por intoxicações (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

Poucos estudos de base populacional traçaram o padrão de consumo dos medicamentos na população brasileira. No estudo de Carvalho et al (2005), a prevalência geral de uso de medicamentos pela população maior de 18 anos nos 15 dias anteriores a entrevista, foi de 49,0% e a automedicação, de 24,6%. Em outros estudos há um enfoque específico nos municípios analisados. Entre os moradores de São Paulo, SP, a prevalência da automedicação em indivíduos com idade superior a 40 anos variou entre 27% e 32% (SCHMID et al., 2010). Em Bambuí, MG, o consumo exclusivo de medicamentos não prescritos foi de 28,8%, em moradores com idade maior ou igual a 18 anos (LOYOLA FILHO et al., 2002).

Entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Esta possibilitou uma melhor análise da automedicação, visto que tal prática constitui uma temática relevante, dado seus riscos inerentes, como intoxicação medicamentosa e reações adversas, e o possível aumento nos gastos públicos em saúde (ARRAIS et al., 2016).

Um estudo transversal de base populacional foi realizado com os dados da PNAUM. Nele, das 41.433 pessoas entrevistadas, foram excluídas 600 por ausência de informação. Todos os indivíduos que alegaram utilizar qualquer medicamento sem prescrição por profissional habilitado foram classificados como praticantes de automedicação. As variáveis independentes foram os aspectos sociodemográficos, acesso e utilização do serviço de saúde e condições de saúde (ARRAIS et al., 2016).

A prevalência de automedicação encontrada na população brasileira foi de 16,1% (IC95% 15,0–17,5); maior no sexo feminino, na faixa etária entre 20-39 anos com impacto nas demais, com nível de escolaridade igual ou maior que 12 anos de estudos, moradores da região Nordeste, entre os que tinham uma e duas ou mais doenças crônicas e os que foram hospitalizados uma ou mais vezes no último ano. Já a classificação econômica não apresentou associação significativa com a prática da automedicação. Isso pode ser explicado pelo fato de os medicamentos mais consumidos serem de baixo custo, de fácil acesso e de prescrição frequente (ARRAIS et al., 2016).

Assim sendo, a prática da automedicação expõe os indivíduos a risco de eventos adversos, iatrogenia e agravamento de doenças. A abordagem dessa prática requer ações educativas a fim de conscientizar e orientar a população quanto ao uso racional das medicações, principalmente em portadores de doenças crônicas e usuários de polifarmácia, devido ao risco de interações medicamentosas (DOS SANTOS et al., 2018).

1.6 Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao caracterizar a saúde como um direito social e determinar que a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde são princípios básicos do SUS, o Brasil, a partir de 1988, obteve uma grande ampliação da cobertura do sistema público de saúde, marco incontestável dos últimos anos (BRASIL, 1988).

O SUS está organizado de modo a prestar assistência para população através de uma rede descentralizada de serviços de saúde. Esta organização leva em conta que as doenças mais prevalentes da população demandam, em grande parte dos casos, medidas terapêuticas que podem ser desenvolvidas de forma eficaz e menos custosa por serviços de atenção básica ou primária em saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades de Saúde da Família - USF (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis, que se tornam cada vez mais importantes, exigem cuidados prolongados e orientação constante aos pacientes, sendo propícios atendimentos que se desenvolvam próximo ao domicílio dos mesmos, como na atenção primária. Por outro lado, quando há necessidade de orientação diagnóstica ou terapêutica especializada, os pacientes devem ser encaminhados para serviços de saúde mais complexos, de caráter secundário ou terciário (hospitais), que servem de referência regional e estadual para a rede de atenção básica de saúde do município (BARATA, MENDES e BITTAR, 2010).

Do total de hospitais integrados ao SUS, os Hospitais Universitários (HU) representam uma parcela reduzida. Contudo, em termos de atendimento, esse seguimento hospitalar reflete uma fração significativa, principalmente no que tange a serviços de alta complexidade (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007). Estes hospitais são locais de educação permanente dos profissionais de saúde, de experimentação de novas tecnologias e procedimentos, e de prestação de serviços de alta complexidade é fácil reconhece-los como instituições indispensáveis ao sistema de saúde do país (ARAÚJO e LETA, 2014).

Tal importância aparece em destaque na definição do Ministério da Educação e Cultura (MEC) acerca dos HUs: “Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias na área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para diversas patologias. Isso garante maiores padrões de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde” (BRASIL, 2012).

Apesar de existirem diferentes contextos que levaram à fundação dos HUs, é inegável a forte contribuição e o peso das faculdades de medicina nesse processo. A demanda por um espaço prático para os cursos de medicina aparece como a principal motivação para a fundação destas instituições. Assim, estes espaços parecem surgir com o objetivo principal

voltado para o ensino médico, mas não o ensino da sala de aula convencional, o ensino da clínica, que guarda, evidentemente, íntima relação com a assistência (ARAÚJO e LETA, 2014).

A associação da prática com o ensino em saúde é um modelo que foi descrito por Foucault (1979). A assistência e o acompanhamento dos pacientes dão ao futuro médico as habilidades necessárias para sua atuação profissional. O tripé ensino-pesquisa-assistência é o requisito para a formação de um bom profissional da área de saúde (ARAÚJO e LETA, 2014).

1.7 Saúde Suplementar

A Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, estabeleceu as bases da Saúde Suplementar no Brasil com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Oficialmente iniciava-se o processo de regulamentação do sistema privado de assistência à saúde. O Brasil possuía, então, dois sistemas de atendimento: o sistema público, caracterizado pelo SUS, dever do Estado e o sistema privado, cuja liberdade de atuação foi garantida pela própria Constituição e regulamentada pela criação da ANS (BRASIL, 1998).

O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre insumos e usuários finais. Os fornecedores de materiais médicos, equipamentos e medicamentos entregam seus produtos por meios próprios ou distribuidores. Os prestadores de serviços de saúde, compostos por médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, recebem os insumos e serviços, criando a infraestrutura para atenção à saúde. Os pacientes têm acesso ao sistema por meio de pagamento direto ou através das Operadoras de Plano de Saúde - OPS (AZEVEDO et al, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. **N Engl J Med**. 2010;362 (17):1575-85. 10.

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol** 2018;71:e127-e248.

ALMEIDA-SANTOS, Marcos Antonio; PRADO, Beatriz Santana; SANTOS, Deyse Mirelle Souza. Análise Espacial e Tendências de Mortalidade Associadas às Doenças Hipertensivas nos Estados e Regiões do Brasil de 2010 a 2014. **Int. J. Cardiovasc. Sci.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 250-257, maio de 2018.

ANS. Busca da Legislação. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de- -legislacao>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

ARAUJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Hist ciência saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1261-1281, Dec. 2014 .

ARRAIS, Paulo Sérgio D. et al . Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 71-77, Feb. 1997 .

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado et al . Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 13s, 2016 .

AQUINO D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência Saúde Coletiva**. 2008; 13(Suppl):733-6.

AZEVEDO, Paulo Furquin de et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. **Inspere**. n. 1. 2016.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev Adm Saúde**, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Hospitais universitários*. Brasília. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article>. Acesso em 02 de janeiro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização e funcionamento do sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_funcionamento_sistema_planejamento_sus.pdf. Acessado em 28 de Dezembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acessado em 28 de Dezembro de 2018.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 04 jan. 2019.

DE ABREU, Andrea Pio; DA SILVA, Giovanio Vieira; DRAGER, Luciano Ferreira. Análise crítica dos Estudos ACCORD versus SPRINT Resultados e metas pressóricas. **Rev. bras. hipertens**, v. 23, n. 1, p. 2-7, 2016.

DOMINGUES, Paulo Henrique Faria et al . Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 36, 2015.

DOS SANTOS EC, Ferreira MA. A indústria farmacêutica e a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. **Nexos Econ**. 2012;6(2):95-119.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

INSTITUTO VIRTUAL DE FÁRMACOS. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: http://www.ivfrj.ccsdecania.ufrj.br/ivfonline/edicao_0012/automedicacao.html>. Acesso em: 04 jan. 2019.

LOCQUETO M, Honvo G, Rabenda V, Van Hees T, Petermans J, Reginster JY, et al. Adverse health events related to self-medication practices among elderly: a systematic review. **Drugs Aging**. 2017;34(5):359-65. Review.

LOYOLA FILHO AL, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Publica**. 2002;36(1):55-62.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 599-608, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 3-16, Dec. 2015 .

MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 1, 11s, 2017 .

MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, e180021, 2018.

MENGUE SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2016;50(supl 2):8s.

MENGUE SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. 2016;50(supl 2):4s.

NAVES JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência Saúde Coletiva**. 2010;15(supl 1):1751-62.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al . 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 109, n. 5, p. 389-396, Nov. 2017 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em: < http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml>. Acesso em 04 jan. 2019.

SANTOS, Adriana Nancy Medeiros dos; NOGUEIRA, Dulcinéia Rebecca Cappelletti; BORJA-OLIVEIRA, Caroline Ribeiro de. Self-medication among participants of an Open

University of the Third Age and associated factors. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 419-427, Aug. 2018 .

SCHMID B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. 2010;44(6):1039-45.

SHAGHAGHI A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: a systematic review. **Iran J Public Health**. 2014;43(2):136-46. Review.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. Óbitos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, Sept. 2016 .

SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. **N Engl J Med**. 2015; 373(22):2103-16.

WAGNER, Karl-Heinz; BRATH, Helmut. A global view on the development of non communicable diseases. **Preventive Medicine**, v. 54, p. S38-S41, 2012.

WILLIAMS, Bryan et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **European heart journal**, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO/NUT/NCD; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em 20 de Dezembro de 2018.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. 17 ed. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2013.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

1. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus da National Library of Medicine e nos bancos de dados do MEDLINE, EMBASE, LILACS, Scopus e da SciELO com citação no PubMed (United States National Library of Medicine) em inglês e português.

2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor Editorial, Editores Associados e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

3. Seções

3.1. Editorial: todos os editoriais dos Arquivos são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

3.2. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

3.3. Artigo Original: os Arquivos aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.

3.4. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos, nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SciELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser reclassificadas como “Atualização Clínica” e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

3.5. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

3.6. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

3.7. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

3.8. Atualização Clínica: essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

3.9. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

3.11. Ponto de Vista: apresenta uma posição ou opinião dos autores a respeito de um tema científico específico. Esta posição ou opinião deve estar adequadamente fundamentada na literatura ou em sua experiência pessoal, aspectos que irão ser a base do parecer a ser emitido.

4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet e sistema, disponível no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/submissao>

5. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os coautores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

6. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada (“fast-track”) devem ser indicados na carta de submissão ao editor.

7. Os textos e as tabelas devem ser editados em word e as figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. As Normas para Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos encontram-se em

http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes_autores.asp /
http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf

8. Conflito de interesses: quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo. Enviar a Declaração de Potencial Conflito de Interesses para revista@cardiol.br, colocando no assunto número do artigo. Acesse: http://www.arquivosonline.com.br/pdf/conflito_de_interesse_abc_2013.pdf

9. Formulário de contribuição do autor: o autor correspondente deverá completar, assinar e enviar por e-mail (revista@cardiol.br – colocar no assunto número do artigo) os formulários, explicitando as contribuições de todos os participantes, que serão informadas no final do artigo. Acesse: http://www.arquivosonline.com.br/pdf/formulario_contribuicao_abc_2013.pdf

10. Direitos Autorais: os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os Arquivos, previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os coautores (preencher o formulário da página http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf e enviar para revista@cardiol.br, colocando no assunto número do artigo).

11. Ética

11.1. Os autores devem informar, no texto e/ou na ficha do artigo, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.

11.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) devem ser respeitados.

11.3. Nos trabalhos experimentais envolvendo seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos seguiram os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e da Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2008. Se houver dúvida quanto à realização da pesquisa em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar as razões para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional explicitamente aprovou os aspectos duvidosos do estudo. Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com *Committee on Publication Ethics (COPE)*.

12. Ensaaios clínicos

12.1. O *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e a Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que é importante promover uma base de dados de estudos clínicos abrangente e disponível publicamente. O ICMJE define um estudo clínico como qualquer projeto de pesquisa que prospectivamente designa seres humanos para intervenção ou comparação simultânea ou grupos de controle para estudar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho relacionado à saúde. As intervenções médicas incluem medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de atendimento, e outros.

12.2. O número de registo do estudo deve ser publicado ao final do resumo. Serão aceitos qualquer registo que satisfaça o ICMJE, ex. <http://clinicaltrials.gov/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

12.3. Os ensaios clínicos devem seguir em sua apresentação as regras do CONSORT STATEMENT. Acesse <http://www.consort-statement.org/consort-statement/>

13. Citações bibliográficas: os Arquivos adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal (www.icmje.org).

14. Idioma: os artigos devem ser redigidos em língua portuguesa (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

14.1. Para os trabalhos que não possuem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

14.2. Caso já exista a versão em inglês, tal versão deve ser enviada para agilizar a publicação.

14.3. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e da SciELO (www.scielo.br), permanecendo à disposição da comunidade internacional.

15. Avaliação pelos Pares (*peer review*): todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos editores, que decidirão, ou não, pelo envio a revisão por pares (*peer review*), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC <http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/>).

15.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores para análise do manuscrito submetido, assim como podem indicar até cinco revisores para não participar do processo.

15.2. Os revisores tecerão comentários gerais sobre o manuscrito e decidirão se esse trabalho deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações, ou rejeitado.

15.3. Os editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

15.4. As sugestões de modificação dos revisores serão encaminhadas ao autor principal. O manuscrito adaptado às novas exigências será reencaminhado aos revisores para verificação.

15.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

15.6. Os autores têm o prazo de trinta dias para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A inobservância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

15.7. Sendo aceitos para revisão, os pareceres dos revisores deverão ser produzidos no prazo de 30 dias.

15.8. As decisões serão comunicadas por mensagem do Sistema de Envio de Artigos e e-mail.

15.9. As decisões dos editores não serão discutidas pessoalmente, nem por telefone. As réplicas deverão ser submetidas por escrito à revista.

15.10. Limites de texto: a contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras/tabelas.

	Nº máx. de autores	Título (caracteres incluindo espaços)	Título reduzido (caracteres incluindo espaços)	Resumo (nº máx. de palavras)	Nº máx. de palavras (incluindo referências)	Nº máx. de referências	Nº máx. de tabelas + figuras + vídeo
Artigo Original	10	150	50	250	5000	40	8

15.11. Orientações Estatísticas

15.11.1. O uso adequado dos métodos estatísticos bem como sua correta descrição é de suma importância para a publicação nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Desta forma, a seguir, são apresentadas orientações gerais aos autores sobre as informações que devem ser fornecidas no artigo referente à análise estatística (para maiores detalhes, sugerimos a leitura das orientações estatísticas do European Heart Journal).

1) Sobre a amostra:

☐ Detalhamento tanto da população de interesse quanto dos procedimentos utilizados para definição da amostra do estudo.

2) Dentro do tópico Métodos, criação de um subtópico direcionado exclusivamente à descrição da análise estatística efetuada no estudo, contendo:

- Forma de apresentação das variáveis contínuas e/ou categóricas: para variáveis contínuas com distribuição normal, apresentação da média e desvio-padrão e, para as com distribuição não normal, apresentar através de mediana e intervalos interquartis. Já para as variáveis categóricas, as mesmas devem ser apresentadas através de números absolutos e percentagens, com os respectivos intervalos de confiança;
- Descrição dos métodos estatísticos utilizados. Na utilização de métodos estatísticos mais complexos, deve ser fornecida uma literatura de referência para os mesmos;
- Como regra, os testes estatísticos devem sempre ser bilaterais ao invés de unilaterais;
- Nível de significância estatística adotado; e
- Especificação do software empregado nas análises estatísticas e sua respectiva versão.

3) Em relação à apresentação dos resultados obtidos após as análises estatísticas:

- Os principais resultados devem sempre ser descritos com seus respectivos intervalos de confiança;
- Não repetir no texto do artigo dados já existentes em tabelas e figuras;
- Ao invés de apresentar tabelas muito extensas, utilizar gráficos como alternativa de modo a facilitar a leitura e entendimento do conteúdo;
- Nas tabelas, mesmo que o p-valor não seja significativo, apresentar o respectivo valor em vez de "NS" (por exemplo, $p = 0,29$ em vez de NS).

16. Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

16.1. Página de título

16.2. Texto

16.3. Agradecimentos

16.4. Legendas de figuras

16.5. Tabelas (com legendas para as siglas)

16.6. Referências

16.7. Primeira Página:

16.7.1. Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (com até 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;

16.7.2. Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as keywords (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês;

16.8. Segunda Página:

16.8.1. Resumo (até 250 palavras): o resumo deve ser estruturado em cinco seções quando se tratar Artigo Original, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras. No caso de Artigo de Revisão e Comunicação Breve, o resumo não é estruturado, respeitando o limite máximo de palavras.

Não cite referências no resumo:

- Fundamento (racional para o estudo);
- Objetivos;

- Métodos (breve descrição da metodologia empregada);
- Resultados (apenas os principais e mais significativos);
- Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

Obs.: Os Relatos de Caso não devem apresentar resumo.

16.9. Texto para Artigo Original: deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

16.9.1. Introdução:

16.9.1.1. Não ultrapasse 350 palavras.

16.9.1.2. Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

16.9.2. Métodos: descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

16.9.2.1. A definição de raças deve ser utilizada quando for possível e deve ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.

16.9.2.2. Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação, quando apropriado) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.

16.9.2.3. Justifique os métodos empregados e avalie possíveis limitações.

16.9.2.4. Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.

16.9.2.5. Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).

16.9.2.6. Em caso de estudos em seres humanos, indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

16.9.3. Resultados: exibidos com clareza, subdivididos em itens, quando possível, e apoiados em número moderado de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Evitar a redundância ao apresentar os dados, como no corpo do texto e em tabelas.

16.9.4. Discussão: relaciona-se diretamente ao tema proposto quando analisado à luz da literatura, salientando aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações.

O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

16.9.5. Conclusões

16.9.5.1. Ao final da sessão “Conclusões”, indique as fontes de financiamento do estudo.

17. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção, é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

17.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

17.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

18. Referências: os Arquivos seguem as Normas de Vancouver.

18.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto e apresentadas em sobrescrito.

18.2. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

18.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

18.4. As referências devem ser alinhadas à esquerda.

18.5. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

18.6. Citar todos os autores da obra se houver seis autores ou menos, ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se houver mais de seis autores.

18.7. As abreviações da revista devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou por meio do site <http://locatorplus.gov/>.

18.8. Só serão aceitas citações de revistas indexadas. Os livros citados deverão possuir registro ISBN (International Standard Book Number).

18.9. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo “resumo de congresso” ou “abstract”.

19. Política de valorização: os editores estimulam a citação de artigos publicados nos Arquivos.

20. Tabelas: numeradas por ordem de aparecimento e adotadas quando necessário à compreensão do trabalho. As tabelas não deverão conter dados previamente informados no texto. Indique os marcadores de rodapé na seguinte ordem: *, †, ‡, §, //, ¶, #, **, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço:
http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf

21. Figuras: as figuras submetidas devem apresentar boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo e estar numeradas e ordenadas antes das Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço:
http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf

22. Imagens e vídeos: os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados através do sistema de submissão de artigos como imagens em movimento no formato MP4 com codec h:264, com peso de até 20 megas, para serem disponibilizados no site <http://www.arquivosonline.com.br> e nas revistas eletrônicas para versão tablet.

23. Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

3. ARTIGO ORIGINAL

AUTOMEDICAÇÃO COM ANTI-HIPERTENSIVOS POR PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA USUÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E DA SAÚDE SUPLEMENTAR

SELF MEDICATION WITH ANTIHYPERTENSIVE AGENTS FOR PATIENTS WITH
SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION USERS FROM A UNIVERSITY HOSPITAL
AND SUPPLEMENTARY HEALTH

Sandy Manuella Schitini Macedo¹, Antônio Carlos Sobral Sousa¹, Glessiane de Oliveira
Almeida¹

Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.¹

Correspondência para: Sandy Manuella Schitini Macedo

Rua três, 15

49095-806 – Aracaju, SE, Brasil

E-mail: sandy_manuella@yahoo.com.br

(79) 991752105

Título abreviado: Automedicação em hipertensos.

Palavras-chave: Automedicação. Hipertensão arterial. Anti-hipertensivos. Sistema de saúde.

Keywords: Self Medication. Hypertension. Antihypertensive Agents. Health system.

Número de palavras: 4114.

Tipo de artigo: Artigo original.

Resumo

Fundamento: A automedicação é um problema de saúde pública, tal prática expõe os indivíduos a riscos de eventos adversos, iatrogenia e agravamento de enfermidades, principalmente quando fármacos de tarja vermelha ou preta são utilizados.

Objetivo: Avaliar a prevalência da automedicação com fármacos anti-hipertensivos em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica usuários de um hospital universitário e da saúde suplementar.

Métodos: Foi realizado estudo observacional, transversal e analítico, com dados coletados de forma prospectiva. Foram selecionados pacientes hipertensos maiores de 18 anos atendidos no hospital universitário de Sergipe e hospitais da rede suplementar, em Aracaju (SE). As entrevistas foram realizadas entre junho de 2017 a Dezembro 2018. Para o presente estudo foi definida automedicação como o ato de usar por conta própria medicamentos que só devem ser utilizados sob prescrição ou orientação médica.

Resultados: A frequência da automedicação entre os 331 pacientes investigados foi de 77,3%. Dos pacientes que se automedicam 72,9% são sintomáticos ($p = 0,006$) e a presença de comorbidades ($p = 0,018$), principalmente a dislipidemia ($p = 0,003$) esteve mais relacionada a hipertensos que não praticavam a automedicação. Usuários do Hospital universitário tiveram menor índice de automedicação anti-hipertensiva em detrimento dos pacientes provenientes do setor suplementar (63,7% x 91,9%) $p < 0,0001$.

Conclusão: A automedicação com anti-hipertensivos apresentou alta frequência na população estudada, fato este que corrobora na perspectiva de que portadores de doença crônica, como a Hipertensão arterial sistêmica, é um público vulnerável a esta prática.

Palavras-chave: Automedicação. Hipertensão arterial. Anti-hipertensivos. Sistema de saúde.

Abstract

Background: Self-medication is a public health problem, this practice individuals to the risk of adverse events, iatrogenic and aggravation of diseases, especially when red or black stripe medicines are used.

Objective: To evaluate the prevalence of self-medication with antihypertensive drugs in patients with Hypertension users from a University Hospital and Supplementary Health.

Methods: Observational, transversal study was conducted and analytical, with data collected prospectively, involving larger 18 years hypertensive patients met at the University hospital of Sergipe and additional hospitals, in Aracaju. Interviews were made between June 2017 and December 2018.

Results: The prevalence of self-medication among 331 patients investigated was 77,1%. Of the patients who self-medicate 72,9% are symptomatic ($p=0,006$) and the presence of comorbidities ($p=0,018$), mainly the Dyslipidemia ($p=0,003$) was more related to hypertensive patients that not practiced self-medication. Users of the University Hospital had less self-medication antihypertensive index to the detriment of patients from additional sector (63,7% x 91,9%) $p < 0,0001$.

Conclusion: Self-medication with antihypertensive drugs showed high prevalence in the population studied, which corroborates the perspective that patients with chronic disease, such as hypertension, are a public vulnerable to this practice.

Keywords: Self Medication. Hypertension. Antihypertensive Agents. Health system.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia que atinge cerca de um terço da população mundial, sendo o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. A abordagem terapêutica da HAS tem como objetivo reduzir os níveis pressóricos, proteger órgãos-alvo e prevenir os desfechos cardiovasculares e renais¹.

Ao ser instituído o tratamento medicamentoso, o paciente deverá receber orientação sobre a droga a ser utilizada, o eventual ajuste de doses, a necessidade de seu uso contínuo, a possibilidade de troca ou associação de medicamentos e possíveis efeitos colaterais.¹ O uso racional dos fármacos é imprescindível para a eficácia do tratamento desta patologia. Práticas como a automedicação podem interferir no sucesso da terapêutica.

A definição da automedicação não possui universalidade. A mesma pode ser descrita como a prática de seleção e utilização de medicamentos isentos de prescrição, a reutilização de remédios previamente prescritos sem supervisão de um profissional capacitado e o uso de medicações que exigem prescrição médica para tratar sintomas ou doenças autorreconhecidas.² A não adesão terapêutica, a alteração na dose prescrita e o uso de medicamento indicado por amigos e familiares também pode ser descrito como automedicação.³

Segundo a OMS, esta prática, quando realizada de modo racional, pode poupar recursos, evitando assim, o colapso do SUS por atendimento a casos de menor urgência ou que sejam transitórios. Contudo, o ato de usar por conta própria medicamentos que só devem ser utilizados sob prescrição ou orientação médica, que contém tarja vermelha ou preta na embalagem (como anti-hipertensivos e anti-psicóticos, respectivamente), pode ocasionar graves consequências à saúde individual e coletiva da população.⁴

A prática da automedicação, portanto, expõe os indivíduos a risco de eventos adversos, iatrogenia e agravamento de doenças. A abordagem dessa prática requer ações educativas a fim de conscientizar e orientar a população quanto ao uso racional das medicações.⁵

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da automedicação com fármacos anti-hipertensivos em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica usuários do hospital universitário de Sergipe e hospitais da rede suplementar.

MÉTODOS

Delineamento, locais e período do estudo

Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico, com dados coletados de forma prospectiva, através da aplicação de questionários a pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de hipertensão arterial. A amostra foi realizada de forma não aleatória com pacientes selecionados consecutivamente para minimizar um viés de amostragem. As entrevistas ocorreram em três instituições de referência em cardiologia de Sergipe, a saber, Hospital Universitário/SE (HU/SE), Clínica do Coração e Hospital São Lucas, durante o período de junho de 2017 a Dezembro 2018.

População do estudo

Foram selecionados pacientes com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados nos referidos hospitais, de ambos os sexos, com dezoito anos ou mais. Foram excluídos da seleção, pacientes menores de dezoito anos, com presença de problemas mentais, não oriundos de nenhuma das instituições estudadas ou que se recusaram a participar da entrevista.

Entrevistas e variáveis avaliadas

Foi aplicado um questionário padronizado nos ambulatórios de cardiologia do HU/SE e de consultórios particulares das referidas instituições suplementares, antes da consulta médica, por uma doutoranda de psicologia e acadêmicos de Medicina previamente treinados. Investigaram-se as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, cor referida, classe econômica, escolaridade, situação conjugal, tipo de Hospital, controle da Pressão arterial (PA), classes de anti-hipertensivos, presença de sintomas, comorbidades, vistas não programadas nos últimos 12 meses.

Para o presente estudo foi determinada automedicação como o ato de usar por conta própria medicamentos que só devem ser utilizados sob prescrição ou orientação médica, como os anti-hipertensivos.^{2,3} A mesma foi avaliada através da questão de número 20 do questionário aplicado: “Quando você supõe que sua PA encontra-se alterada, como procede: 1- liga para o médico; 2- procura a urgência; 3- Faz uso de automedicação com anti-hipertensivo; 4- Não faz nada”. Foram caracterizados como usuários de automedicação os

indivíduos que optaram pelo item 3. Os demais foram classificados em pacientes que não realizam esta prática.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.0. As análises estatísticas envolveram: análises descritivas; teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar o padrão de normalidade das variáveis contínuas; qui-quadrado e Kruskal-Wallis para testar as relações entre a automedicação e outras variáveis independentes; teste T e regressão logística binária. Todas as variáveis com valor de $p < 0,30$ na análise bivariada foram incluídas no modelo inicial da análise multivariada. Em seguida, foram retiradas as variáveis que apresentaram maior valor de p, até que restassem apenas variáveis com significância estatística para a automedicação. Estabeleceu-se como nível de significância alfa menor que 5%.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe em 05/06/2017, envolvendo seres humanos sob o número de CAAE: 60473316.9.0000.5546. A identidade e os direitos dos participantes dessa pesquisa foram preservados, atendendo a Resolução n.º 466, de 12 dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano e somente após isso os dados foram coletados. Os responsáveis pelas referidas instituições assinaram a solicitação de autorização para a realização da pesquisa em suas dependências.

RESULTADOS

Foram estudados 331 pacientes hipertensos com idade média de 62 anos (desvio-padrão: 11,3), com mínima de 31 e máxima de 100 anos. As mulheres representaram mais da metade da amostra com 59,8% (IC95% 54,4 – 65,2). Quanto à classificação econômica a classe E foi mais presente com 45,3% (IC 95% 40,1 – 50,8) seguido pelas classes C, 26,4% (IC95% 21,9 – 31,3) e D, 18,2% (IC95% 14,3 – 22,2). Quanto ao diagnóstico da hipertensão, metade dos pacientes apresentava tempo superior a 10 anos, e a outra metade se dividiu igualmente entre tempo de até cinco anos e superior a 15 anos. Usuários do Hospital Escola da Universidade Federal de Sergipe simbolizaram 51,7% (IC95% 46,5 – 57,1) da população

estudada, já os pacientes atendidos na rede suplementar (Hospital São Lucas e Clínica do Coração), 48,3% (IC95% 42,9 – 53,5).

A automedicação anti-hipertensiva foi presente em 77,3% (IC95% 72,8 – 81,9) dos hipertensos (Tabela 1). Fatores sociodemográficos como a média de idade da população estudada ($p = 0,970$), sexo ($p = 0,790$), cor referida ($p = 0,330$), escolaridade ($p = 0,455$) e situação conjugal ($p = 0,347$) não tiveram impacto sobre a automedicação. Em contrapartida, quando relacionada com a classe econômica ($p < 0,0001$) foi vista uma frequência maior da classe E no grupo em que não se pratica a automedicação (74,7%) (Tabela 2).

Características clínicas como a apresentação de sintomas demonstrou correlação positiva com a prática da automedicação. Dos pacientes que se automedicam 72,9% são sintomáticos ($p = 0,006$). Contudo, a presença de comorbidades ($p = 0,018$), principalmente a dislipidemia ($p = 0,003$), e a utilização de mais de uma classe anti-hipertensiva, sem significância ($p = 0,070$), com destaque para esquemas terapêuticos contendo o bloqueador de canal de cálcio ($p < 0,0001$), esteve mais relacionada a hipertensos que não praticavam a automedicação (Tabela 3). Fatores como o controle da pressão arterial ($p = 0,229$) e a realização de visitas não programadas (idas à urgência e emergência) ($p = 0,696$) não apresentaram associação significativa.

Usuários do Hospital universitário tiveram menor índice de automedicação anti-hipertensiva em detrimento dos pacientes provenientes do setor suplementar (63,7% x 91,9%) $p < 0,0001$ (Tabela 4). Foi demonstrado que usuários do HU têm 6,49 vezes menos chances de praticarem a automedicação se comparados aos hospitais provenientes da rede suplementar (OR 6,4 IC95% 3,39 – 12,4). Os hipertensos do hospital escola apresentaram também menor escolaridade ($p < 0,0001$), classe social mais baixa ($p < 0,0001$), menor sintomatologia ($p < 0,0001$), e mais portadores de comorbidades ($p < 0,0001$), em relação ao setor suplementar. Os demais aspectos como idade, sexo, cor referida e situação conjugal não obtiveram significância.

DISCUSSÃO

No Brasil, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), aproximadamente 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação e cerca de 20 mil morrem ao ano em sua decorrência.⁶ Um terço das internações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos⁷.

Os resultados do presente estudo revelam que a automedicação com anti-hipertensivos tem uma alta frequência na população estudada. Fato este considerável, visto que a hipertensão arterial sistêmica atinge aproximadamente 1,13 bilhões de indivíduos adultos no mundo⁸.

A automedicação é influenciada por múltiplos fatores⁹. Em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi observado que aspectos sociodemográficos como sexo feminino, escolaridade igual ou maior que 12 anos e residir na região Nordeste influenciaram positivamente nesta prática. Contudo, a classificação econômica não apresentou associação significativa¹⁰⁻¹³.

No presente estudo, não houve diferença significativa na prática da automedicação quando relacionada com o sexo e a escolaridade. O contraste apresentado parece ser causado pelo fato de que todos os pacientes entrevistados são portadores de doença crônica e, por conseguinte, tem uma tendência maior a automedicação.¹⁰

A associação com a classe econômica foi outro aspecto discordante. Os hipertensos com menor poder aquisitivo apresentaram-se mais propensos a não utilizar anti-hipertensivos fora de seu esquema terapêutico. Tal divergência pode ser justificada pelo tipo de medicamento envolvido em cada estudo. Enquanto que na PNAUM as medicações utilizadas pela população estudada são principalmente as isentas de prescrição (65,5%), de baixo custo e fácil acesso¹⁰⁻¹⁴, os anti-hipertensivos, objetos deste estudo, possuem um preço maior, e para adquiri-los de forma gratuita ou barateada, é obrigatória a apresentação da prescrição médica.¹⁵ O que pode limitar, em parte, a frequência da automedicação pelas classes econômicas mais baixas.

A necessidade de aliviar sintomas é uma das principais motivações para realização da automedicação.⁹ Pacientes sintomáticos representaram 72,9% do total de hipertensos que referem se automedicar. Este fato conduz a ideia de que tais indivíduos atribuíram a HAS a causa de sua sintomatologia, o que pode aumentar o risco para eventos adversos, iatrogenia e agravamento de doenças.⁵

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população, a demora e a baixa qualidade de atendimento, tanto do setor público quanto do suplementar, são descritos como pontos cruciais para a tomada de decisão acerca da automedicação.⁹ Neste estudo, ao

comparar o Hospital Universitário - SE com hospitais da rede suplementar, a diferença entre os índices de automedicação foram expressivos.

No HU-SE 63,7% dos entrevistados se automedicam, enquanto que no setor suplementar esse número chega a alarmantes 91,9%. Usuários do hospital universitário possuem aproximadamente 6,5 vezes menos chance de se automedicar comparado aos indivíduos que utilizam as instituições privadas estudadas. Outros aspectos relevantes que diferenciam tais serviços são a escolaridade, classe social, presença de sintomas e comorbidades, fatores estes que podem contribuir para automedicação.

Como visto anteriormente, a escolaridade não possuiu significância para a automedicação. Em contrapartida, os demais aspectos citados, sim. A presença de sintomas foi mais comum em pacientes do setor suplementar, o que corrobora para a alta frequência de indivíduos que se automedicam. Entretanto, em hipertensos do hospital escola houve maior prevalência de comorbidades, o que demonstra a complexidade do serviço, tal aspecto no presente estudo se relacionou negativamente com a automedicação, fato este curioso, pois contraria o esperado.¹⁰⁻¹³ A predominância por classes menos favorecidas é outro fator que contribui para menor frequência existente no hospital universitário de Sergipe.

Portanto, mesmo com a influencia de tais elementos é necessário destacar o papel dos serviços prestados pelo hospital universitário no comportamento dos pacientes. Instituições indispensáveis ao sistema de saúde do país, estes hospitais são locais de educação permanente dos profissionais de saúde, de experimentação de novas tecnologias e procedimentos, e de prestação de serviços de alta complexidade.^{16,17}

Acadêmicos, residentes e especialistas estão diretamente envolvidos no cuidado do paciente. O mesmo recebe orientações constantes sobre sua patologia, seu tratamento e prognóstico. A presença de uma equipe multidisciplinar é fundamental para o sucesso da promoção de saúde nestas instituições, o que contribui para a relação de confiança entre o paciente e seus cuidadores.¹⁶⁻²⁰

A automedicação, portanto, é uma prática multicausal e apresentou relação com diversos elementos aqui expostos, principalmente com o sistema de saúde no qual o paciente encontra-se inserido. A qualidade dos medicamentos ofertados e a competência do trabalho das instâncias que controlam este mercado exercem papel relevante nos riscos implícitos da automedicação.¹¹ A má qualidade da oferta do medicamento, o não cumprimento da

obrigatoriedade da receita médica e a falta de instrução e informação na população geral, justificam a preocupação com essa prática no país.

LIMITAÇÕES

Neste estudo outros serviços de saúde do SUS não foram investigados como variáveis de interesse ou mesmo considerados no processo de inclusão dos pacientes. Do mesmo modo, a adesão terapêutica não foi utilizada devido à impossibilidade do uso de uma escala validada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A automedicação com anti-hipertensivos apresentou alta frequência na população estudada, fato este que corrobora na perspectiva de que portadores de doença crônica, como a Hipertensão arterial sistêmica, é um público vulnerável a esta prática. Com os riscos de eventos adversos, interação medicamentosa e agravamento da doença e de suas comorbidades, a necessidade de orientação acerca da patologia e a conscientização do paciente frente ao seu tratamento são indispensáveis para o sucesso da terapêutica proposta e, por conseguinte, diminuição da morbimortalidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais do Hospital Universitário - SE, Hospital São Lucas e Clínica do Coração pela disponibilidade e assistência prestadas. A todos pacientes que participaram deste estudo, nossa gratidão.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O presente estudo não teve financiamento.

VINCULAÇÃO ACADÊMICA

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso da discente Sandy Manuella Schitini Macedo apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de Frequências das características gerais dos pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Frequência % (n)	IC 95%
Idade	62,0 +/- 11,3	60,8 – 63,2
Sexo		
Feminino	59,8 (198)	54,4 - 65,2
Masculino	40,2 (133)	34,8 – 45,6
Cor Referida		
Branca	21,8 (71)	17,5 – 26,5
Preta	17,2 (56)	13,2 – 21,5
Parda	60,9 (198)	55,4 – 65,8
Escolaridade		
Nunca Estudou	8,2 (27)	5,4 – 11,2
Fundamental	44,4 (147)	39,3 – 50,1
Médio	26,9 (89)	22,1 – 31,7
Superior	16,6 (55)	12,7 – 20,8
Pós- Graduação	3,9 (13)	2,1 – 6,3
Classe Econômica		
A	3,0 (10)	1,2 – 5,2
B	7,0 (23)	4,3 – 10,0
C	26,4 (87)	21,9 – 31,3
D	18,2 (60)	14,3 – 22,2
E	45,3 (149)	40,1 – 50,8
Situação Conjugal		
Com Companheiro	61,0 (202)	55,6 – 57,1
Sem Companheiro	39,0 (129)	42,9 – 53,8
Automedicação	77,3 (256)	72,8 – 81,9
Serviço de Saúde		
Hospital Universitário	51,7 (171)	46,2 – 57,1
Setor Suplementar	48,3 (160)	42,9 – 53,8

Tabela 2 – Automedicação e características sociodemográficas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Faz uso de Automedicação (256) % (n)	Não faz uso de Automedicação (75) % (n)	Valor p
Idade	62,0 +/- 11,2	61,9 +/- 11,2	0,970
Sexo			
Feminino	59,4 (152)	61,3 (46)	0,790
Masculino	40,6 (104)	38,7 (29)	
Cor Referida			
Branca	22,3 (56)	20,2 (15)	0,330
Preta	15,5 (39)	23,0 (17)	
Parda	62,2 (156)	56,8 (42)	
Escolaridade			
Nunca Estudou	8,2 (21)	8,0 (6)	0,455
Fundamental	43 (110)	49,3(37)	
Médio	28,1 (72)	22,7 (17)	
Superior	17,6 (45)	13,3(10)	
Pós- Graduação	3,1 (8)	6,7 (5)	
Classe Econômica			
A	3,5 (9)	1,3 (1)	< 0,0001
B	8,7 (22)	1,3 (1)	
C	29,9 (76)	14,7 (11)	
D	21,3 (54)	8,0 (6)	
E	36,6 (93)	74,7 (56)	
Situação Conjugal			
Com Companheiro	62,5 (160)	56,0 (42)	0,347
Sem Companheiro	37,6 (96)	44,0 (33)	

Tabela 3 – Automedicação e características clínicas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Faz uso de Automedicação (256) % (n)	Não faz uso de Automedicação (75) % (n)	Valor p
Sintomas	72,9(186)	55,4 (41)	0,006
Comorbidades	62,5 (160)	77,3 (58)	0,019
Doença arterial coronária	18,5 (47)	14,7 (11)	0,495
Doença renal crônica	1,6 (4)	2,7 (2)	0,622
Acidente vascular encefálico	4,3 (11)	6,7 (5)	0,373
Depressão	3,1 (8)	1,3 (1)	0,690
Insuficiência Cardíaca	7,5 (19)	4,0 (3)	0,430
<i>Diabetes Mellitus</i>	27,1 (69)	30,7 (23)	0,560
Dislipidemia	97 (37,9)	57,3 (43)	0,003
Farmacoterapia			
Monoterapia	45,7 (111)	32,8 (22)	0,070
Associação Medicamentosa	54,3 (132)	67,2 (45)	
Classes de Medicamentos			
Diurético	42,2 (103)	54,3 (38)	0,780
IECA	24,6 (60)	17,1 (12)	0,258
Bloqueador ATl	60,0 (153)	62,7 (47)	0,788
Bloqueadores de CA	14,1 (36)	34,7 (26)	< 0,0001
Espironolactona	7,8 (19)	7,1 (5)	1,000
Alfa Bloqueador Central	1,2 (3)	1,4 (1)	1,000
Betabloqueadores	26,2 (64)	27,1 (19)	0,879
Vasodilatadores diretos	0,4 (1)	1,4 (1)	0,394

Tabela 4 – Serviços de Saúde e características gerais de hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Hospital Universitário (171) % (n)	Setor Suplementar (160) % (n)	Valor p
Idade	61,1 +/- 11,3	62,8 +/- 11,2	0,177
Sexo			
Feminino	62,0 (106)	57,5 (92)	0,433
Masculino	38,0 (65)	42,5 (68)	
Cor Referida			
Branca	20,4 (34)	23,4 (37)	0,291
Preta	20,4 (34)	13,9 (22)	
Parda	59,3 (99)	62,7 (99)	
Escolaridade			
Nunca Estudou	15,2 (26)	0,6 (1)	< 0,0001
Fundamental	57,3 (98)	30,6 (49)	
Médio	21,1 (98)	33,1 (53)	
Superior	5,3 (9)	28,8 (46)	
Pós- Graduação	1,2 (2)	6,9 (11)	
Classe Econômica			
A	0,0 (0)	6,2 (10)	< 0,0001
B	0,0 (0)	14,4 (23)	
C	3,0 (5)	51,2 (82)	
D	10,1 (17)	26,9 (43)	
E	87,0 (147)	1,2 (2)	
Situação Conjugal			
Com Companheiro	57,3 (98)	65,0 (104)	0,176
Sem Companheiro	42,7 (73)	35,0 (56)	
Automedicação	63,5 (108)	91,9 (147)	< 0,0001
Sintomas	55,0 (93)	83,8 (134)	< 0,0001
Comorbidades	81,3 (139)	49,4 (79)	< 0,0001
Doença arterial coronária	15,3 (26)	20,6 (33)	0,250
Doença renal crônica	3,5 (6)	0,0 (0)	0,030
Acidente vascular encefálico	6,4 (11)	3,1 (5)	0,203
Depressão	2,3 (4)	3,1 (5)	0,744
Insuficiência Cardíaca	8,8 (15)	5,0 (8)	0,200
<i>Diabetes Mellitus</i>	32,7 (56)	23,1 (37)	0,066
Dislipidemia	62,6 (107)	20,6 (33)	< 0,0001
Farmacoterapia			
Monoterapia	22,0 (33)	62,5 (100)	0,070
Associação Medicamentosa	78,0 (117)	37,5 (60)	

Classes de Medicamentos			
Diurético	59,4 (92)	31,2 (50)	< 0,0001
IECA	40,0 (31)	25,6 (41)	0,283
Bloqueador ATI	61,4 (105)	60,0 (96)	0,822
Bloqueadores de CA	32,7 (56)	4,4 (7)	< 0,0001
Espironolactona	9,7 (15)	6,2 (10)	0,301
Alfa Bloqueador Central	2,6 (4)	0,0 (0)	0,057
Betabloqueadores	38,1 (59)	15,6 (25)	< 0,0001
Vasodilatadores diretos	1,3 (2)	0,0 (0)	0,238

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, Sept. 2016 .
2. Locquet M, Honvo G, Rabenda V, Van Hees T, Petermans J, Reginster JY, et al. Adverse health events related to self-medication practices among elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2017;34(5):359-65. Review.
3. Shaghghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2014;43(2):136-46. Review.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS) Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml>. Acesso em 04 jan. 2019.
5. Santos, Adriana Nancy Medeiros dos; Nogueira, Dulcinéia Rebecca Cappelletti; Borja-Oliveira, Caroline Ribeiro de. Self-medication among participants of an Open University of the Third Age and associated factors. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 419-427, Aug. 2018 .
6. Instituto Virtual de Fármacos. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.ivfrj.ccsdecania.ufrj.br/ivfonline/edicao_0012/automedicacao.html>. Acesso em: 04 jan. 2019.
7. Aquino D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência Saúde Coletiva*. 2008;13(Suppl):733-6.
8. Oliveira, Gláucia Maria Moraes de et al . 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 109, n. 5, p. 389-396, Nov. 2017 .
9. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010;15(supl 1):1751-62.
10. Arrais, Paulo Sérgio Dourado et al . Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 50, supl. 2, 13s, 2016 .
11. Arrais, Paulo Sérgio D. et al . Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 71-77, Feb. 1997 .

12. Domingues, Paulo Henrique Faria et al . Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 49, 36, 2015.
13. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):4s.
- 14.WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. 17 ed. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2013.
15. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):8s.
16. Araujo Kizi Mendonça de; Leta, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1261-1281, Dec. 2014 .
17. Machado, Sérgio P.; Kuchenbecker, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.871-877. 2007.
18. Flexner, Abraham. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910.
19. Foucault, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011.
20. Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.