

## CONSCIENTIZAÇÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO<sup>1</sup>

Annelita Almeida Oliveira Reiners<sup>2</sup>

Maria Suely Nogueira<sup>3</sup>

*Estudo descritivo de cunho qualitativo, cujos objetivos foram compreender a perspectiva do profissional de saúde e do usuário hipertenso sobre a interação que ocorre entre eles no contexto da saúde pública, e analisar de que forma essa interação contribui para a não adesão ao tratamento. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com 15 profissionais de saúde e 10 usuários hipertensos que interagem em unidades públicas de saúde do município de Cuiabá, MT. Concluiu-se que, na interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso, para resolver o problema da não adesão desse último ao tratamento, o primeiro lança mão da estratégia de conscientização. Essa, no entanto, tem sido realizada ainda pautada no biomédico de atenção e de maneira inadequada. O usuário, por sua vez, em relação ao tratamento, o tem administrado à sua maneira, indicando aos profissionais de saúde algumas questões relativas à sua adesão.*

*DESCRITORES: relações enfermeiro-paciente; relações médico-paciente; hipertensão; adesão pelo paciente de cuidados de saúde; recusa do paciente ao tratamento*

## RAISING HYPERTENSIVE PATIENTS' CONSCIOUSNESS ABOUT TREATMENT COMPLIANCE

*Descriptive study with qualitative approach that aimed to understand the perspective of health professionals and hypertensive patients on their mutual interaction in the public health context, so as to analyze how this interaction contributes to non-compliance with treatment. Interviews with 15 health professionals and 10 hypertensive patients who interacted in public health units were carried out. In the interaction between the health professional and the hypertensive user, it was concluded that, in order to solve the problem of non-compliance with treatment from the part of the user, the health professional makes use of awareness strategies. In practice, however, this has occurred inappropriately and under the biomedical care model. Users, in turn, have managed treatment their own way, indicating some issues to health professionals regarding compliance.*

*DESCRIPTORS: nurse-patient relations; physician-patient relations; hypertension; patient acceptance of health care; treatment refusal*

## CONCIERTIZACIÓN DEL USUARIO HIPERTENSO SOBRE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

*Se trata de un estudio descriptivo cualitativo, cuyos objetivos fueron comprender la perspectiva del profesional de la salud y la del usuario hipertenso sobre la interacción que ocurre entre ellos en el contexto de la salud pública, y analizar el modo en que esta interacción contribuye para la falta de adhesión al tratamiento. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas con 15 profesionales de la salud y con 10 usuarios hipertensos, que interactuaban en unidades públicas de salud en el municipio de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil. Se concluyó que en la interacción entre el profesional y el usuario, para resolver el problema de la falta de adherencia al tratamiento, el profesional usa la estrategia de concientizar al usuario sobre la situación. Sin embargo, esto se viene realizando guiado por el modelo biomédico de atención y de una manera inapropiada. A su vez, el usuario administra el tratamiento a su manera, lo que indica, a los profesionales, una serie de cuestiones relativas a la adhesión al tratamiento.*

*DESCRIPTORES: relaciones enfermero-paciente; relaciones médico-paciente; hipertensión; aceptación de la atención de salud; negativa del paciente al tratamiento*

<sup>1</sup>Artigo extraído de Tese de Doutorado; <sup>2</sup>Doutor em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil, e-mail: reiners17@hotmail.com; <sup>3</sup>Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: msnog@eerp.usp.br.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é importante problema de saúde pública de difícil controle por vários motivos, entre eles, a não adesão do usuário ao tratamento. No mundo, mesmo com a disponibilidade de tratamentos efetivos para a HA, mais da metade dos pacientes tratados abandonam o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e, dentre aqueles que permanecem sob acompanhamento médico, somente 50% tomam pelo menos 80% das medicações prescritas<sup>(1)</sup>. No Brasil, estudos isolados sobre adesão ao tratamento mostram que o controle da HA permanece em torno de 20 a 40%, e a taxa de abandono é crescente, algum tempo após o início da terapêutica<sup>(2)</sup>.

Na literatura referente ao tema adesão/não adesão do usuário ao tratamento, autores apontam diversos fatores contribuintes para a não adesão. Muitos deles fazem referência à interação entre o profissional de saúde e o usuário como fator que dificulta o seguimento do tratamento por esse último, entretanto, sem responder a alguns questionamentos, mostrados a seguir: como tem ocorrido a interação entre o usuário hipertenso e o profissional de saúde e em que medida ela tem cooperado para a não adesão ao tratamento? Será que existem aspectos dessa interação que têm afetado o comportamento dos usuários em relação ao tratamento? Que aspectos dessa interação podem estar levando o usuário à não adesão ao tratamento?

A partir desses questionamentos, desenvolveu-se um estudo cujos objetivos foram: (1) compreender a perspectiva do profissional de saúde e do usuário hipertenso sobre a interação que ocorre entre eles, no contexto da atenção em unidades públicas de saúde; (2) analisar de que forma a interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso contribuiria para a não adesão ao tratamento.

## MÉTODO

É um estudo descritivo, de cunho qualitativo, cujo referencial teórico usado foi o Interacionismo Simbólico que tem, como foco, a interação social e que considera que as ações das pessoas são frutos dessa interação. O referencial metodológico foi a Grounded Theory, um método de análise de dados

qualitativos, desenvolvido a partir das concepções do referencial teórico adotado.

A pesquisa foi desenvolvida em dez unidades públicas de saúde que prestam atenção básica e secundária a usuários hipertensos no município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Nessas unidades realizam-se, por meio do trabalho do médico, da enfermeira, do pessoal de enfermagem [auxiliares e técnicos] e dos agentes comunitários de saúde, algumas ações programáticas de prevenção e controle da HA, como rastreamento de hipertensos, verificação dos níveis de pressão arterial, agendamento de consultas, encaminhamentos e marcações de exames, fornecimento de medicações, consulta de enfermagem [realizada por algumas enfermeiras] e palestras ocasionais a grupos de hipertensos. Embora, na maioria das unidades, as enfermeiras fizessem parte da equipe de saúde, em duas delas, não havia atendimento da enfermeira ao hipertenso.

Participaram como sujeitos da pesquisa 15 profissionais de saúde que interagiam com hipertensos – seis enfermeiras, seis médicos, uma técnica de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem –, com idade variando entre 29 e 54 anos, e tempo de formação entre 3 e 30 anos. Havia no grupo cinco pessoas sem especialização e as demais eram especializadas em diversas áreas como Cardiologia, Saúde Pública e Hematologia. O tempo de atuação com hipertensos variou entre 6 meses e 24 anos.

Da mesma forma, 10 hipertensos, usuários das unidades de saúde, que tinham tido relacionamentos de assistência com profissionais de saúde há, pelo menos, um ano, participaram do estudo. Eram adultos com idade entre 42 e 72 anos, 4 deles do sexo masculino e 6 do sexo feminino. A maioria era casada ou viúva. Entre eles havia analfabetos e pessoas com nível de escolaridade até o segundo grau completo. Eram aposentados, trabalhadores autônomos e do lar. Sabiam ser hipertensos num tempo que variava de 1 a 20 anos, sendo que a maior parte fazia o tratamento desde que soube do diagnóstico.

A coleta dos dados foi realizada, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa local, no período de janeiro a agosto de 2003. Os dados foram obtidos, após a autorização dos sujeitos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, por meio de 25 entrevistas semi-estruturadas, no

domicílio ou local de trabalho dos participantes. Utilizou-se um instrumento, antecipadamente testado com uma enfermeira, um médico e um usuário, contendo roteiro de perguntas abertas sobre as ações do profissional de saúde e do usuário na interação, a forma como a interação ocorria e as concepções que tinham sobre eles, o tratamento e a adesão/não adesão. As entrevistas foram finalizadas quando se alcançou o ponto de saturação teórica.

Os dados foram tratados, analisados e interpretados, utilizando-se os procedimentos da Grounded Theory, em um processo elaborado de comparações, relações e integração, até encontrar as categorias centrais em torno das quais e com as quais todas as outras categorias e subcategorias foram inter-relacionadas. Ao todo, seis categorias (duas delas, centrais) e vinte e duas subcategorias foram encontradas.

A análise comparativa constante dos dados contidos nas categorias e subcategorias, interpretados à luz do referencial teórico utilizado, da literatura existente sobre o assunto e da prática das pesquisadoras, possibilitou a formulação de uma proposição teórica. Ela demonstra a compreensão que se teve sobre a interação entre o usuário e o profissional de saúde e da qual se extraiu elementos para analisar a contribuição que essa interação tem para a não adesão ao tratamento.

O conjunto das seis categorias encontradas está representado na Figura 1, onde são destacadas as duas categorias centrais (conscientização e administrando o tratamento à sua maneira).

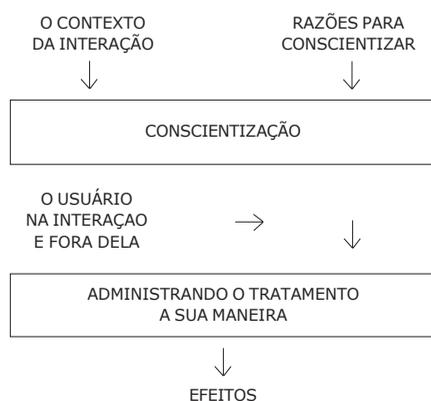


Figura 1 - Proposição teórica sobre a interação entre o profissional de saúde e o usuário

Neste artigo, serão apresentadas e discutidas as duas categorias centrais e sua relação com a não adesão do usuário ao tratamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O profissional de saúde\*, age na interação de acordo com suas perspectivas, concepções, significações sobre o usuário, a relação que tem com ele, sobre a doença (HA) e o tratamento, bem como sobre a adesão e a não adesão ao tratamento. Do mesmo modo, o usuário age na interação e fora dela, conforme os significados, as percepções, concepções e perspectivas que tem sobre a HA, o tratamento, o profissional de saúde e a sua relação com ele, assim como sobre a adesão e a não adesão ao tratamento.

A partir dos relatos dos sujeitos, foi possível apreender que a interação ainda é centrada em técnicas e tarefas, privilegiando ações prescritivas e rotineiras, focalizadas no corpo, na doença, no tratamento e na adesão – *Faço consulta de enfermagem. A gente começa através de verificação de PA, nós verificamos a PA. Na interação com o paciente a gente já conversa com ele: se ele já é hipertenso. Se ele toma medicamentos. Desde quando. E se ele foi orientado quanto à dieta. Dar acompanhamento constante, fazer verificação da PA constante, porque essa pessoa hipertensa tem que ter um acompanhamento semanal ou a cada dois dias, verificar a pressão, ficar sempre em contato com ele para a gente ter um controle, para evitar seqüelas (P 15).*

Esse tipo de interação, nada mais é do que a reprodução do tradicional modelo biomédico de atenção à saúde que, ao longo dos anos, vem se repetindo, mesmo com o advento de novas formas de assistir as pessoas com problemas crônicos de saúde. Embora, a partir do século XIX, a medicina tenha obtido avanços consideráveis em diversas áreas, as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença foram desprezadas<sup>(3)</sup>.

A interação conduzida por esse modelo caracteriza-se por ser sem equilíbrio, assimétrica e desigual, centralizada no profissional de saúde que exerce o papel ativo, o papel de *expert*, determinando o que o usuário pode ou não pode fazer com seu corpo e sua saúde. O usuário, por sua vez, desenvolve papel passivo e, na maioria das vezes, não lhe é dada a oportunidade de compartilhar, nem de participar<sup>(4)</sup>.

Neste estudo, na interação com o usuário, o profissional de saúde considera que sua capacidade de lidar efetivamente com a HA fica prejudicada pelas más condições de seu trabalho (baixa remuneração e reduzida disponibilidade de tempo, número limitado

\* O profissional de saúde está identificado pela letra (P), e o usuário pela letra (U), nas falas de sujeitos.

de profissionais) e pela não adesão da maioria dos usuários ao tratamento.

Os profissionais trazem para o encontro com o paciente suas próprias suposições, algumas das quais têm sido internalizadas durante seu processo de formação. Uma delas é a de que a não adesão ao tratamento é um comportamento desviante e irracional do paciente que precisa ser corrigido.

Aqueles usuários que não aderem ao tratamento são considerados pacientes difíceis e complicados, inseqüentes, mas, principalmente, teimosos e rebeldes - *Olha, tem alguns pacientes que a gente fala: "esse paciente é rebelde, ele não aceita". (P 6)*. São considerados também pacientes de risco que não seguem as suas recomendações como determinadas e não acreditam na gravidade da HA - *Tem paciente que não aceita, tem paciente que você está falando com ele e ele acha que aquilo ali não é verdade, que aquilo ali é de mentira...* (P 6).

Estudos mostram que, de modo geral, os profissionais pensam que o paciente age assim por ignorar a importância do tratamento, por ter pouca educação ou simplesmente por ser desobediente às ordens médicas<sup>(5-7)</sup>.

Como a não adesão ao tratamento é problema que precisa ser enfrentado, o profissional de saúde lança mão de uma estratégia para administrá-lo que é a conscientização do usuário sobre a importância do tratamento.

### Conscientização

De acordo com os relatos, a conscientização, para o profissional de saúde, é uma atividade que ele acredita ser de cunho educativo, com o propósito de fazer com que o usuário conheça seu problema de saúde e saiba o que ele precisa fazer para controlá-lo - (...) *basicamente isso, educação em saúde, conscientizar de que o melhor para ele é aderir ao tratamento...* (P 28).

É uma atividade realizada de maneira repetitiva, falando ao usuário, constante e insistentemente, que a HA é grave, incurável e que acarreta complicações e morte, falando sobre a importância do tratamento e de seu seguimento como meio de controlar a doença e evitar complicações e, ainda, enfatizando para o usuário os riscos que ele corre ao não aderir ao tratamento.

A ação de conscientizar é caracterizada pelos profissionais de saúde pelas expressões "tentar meter

na cabeça", "colocar na cabecinha do paciente" e "fazer a cabeça dele" - *Aquele paciente que tem um tratamento irregular, ele tem muito mais manifestação da doença crônica do que aquele paciente que trata corretamente. ...Então, você acaba sabendo que com esse você tem que tentar meter na cabeça dele que ele tem que dar valor para a doença, porque senão ele vai morrer, vai complicar com o tempo, médio prazo e que se ele não der valor naquele tratamento, não seguir as orientações, vai ter complicações sérias e ter uma, digamos assim, uma expectativa de vida muito menor (P 10)*.

A fim de convencer o usuário a aderir, várias formas de comunicação são utilizadas pelo profissional de saúde na conscientização. Elas variam desde a brincadeira até à ameaça. Alguns chamam a atenção do usuário, dão lições de moral, "puxam a orelha", assustam, dramatizam ou apelam para o emocional, com a retórica de que estão fazendo isso para o bem dele. Há ainda outros que acreditam que o único recurso é ser mais autoritário e ameaçador - *É um tratamento de choque, eu acho. Então, a partir do momento em que você mostra os riscos: "olha, se você não tratar, os riscos são esses e pode acontecer com você. Aconteceu com seu vizinho, aconteceu com a minha mãe..." Entendeu? De repente, você consegue sensibilizar mais. Eu vejo assim. Se eu pudesse levar todo mundo para o pronto-socorro para dar uma voltinha, eles sairiam de lá convencidos, com certeza...* (P 28).

De fato, educar para a saúde é elemento fundamental na tarefa de promover a adesão do cliente ao tratamento. Entretanto, foi possível perceber que a idéia que os profissionais de saúde deste estudo têm sobre conscientização é pautada no modelo tradicional de educação, na concepção bancária da educação<sup>(8)</sup> vendo o educador como seu indiscutível agente, cuja tarefa é "encher" [grifo do autor] os educandos dos conteúdos de sua narração. Uma concepção segundo a qual as pessoas que ensinam acreditam ser o saber uma doação dos que se julgam sábios aos que, segundo eles, nada sabem e devem receber passivamente os conhecimentos advindos de sua autoridade profissional.

Isso não é novo. Concepções de educação em saúde de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e cirurgiões-dentistas, de modo geral, revelam um modo tradicional de percebê-la e nas quais as palavras passar, repassar e a expressão transmitir conhecimento são recorrentes<sup>(9)</sup>.

Pensando assim, profissionais de saúde presumem que seu conhecimento seja superior ao conhecimento popular que, geralmente, advém de crenças e experiências pessoais<sup>(10)</sup>. Apropriam-se de sua condição de formação mais privilegiada para deter o monopólio do conhecimento e manejo da HA, querendo mudar a forma de o usuário pensar e agir para o modo como ele pensa e age [ou agiria]. O profissional, sob a égide da ciência, acredita que pode ter controle sobre o corpo, a saúde, a vida e a morte do usuário, negando a ele o benefício da troca, da discussão e do conhecimento aprofundado de sua condição.

Assumem, então, a tarefa de dar, entregar, levar e transmitir o conhecimento ao usuário, acreditando que isso é suficiente para promover mudança de comportamento. Isso é um engano, pois o comportamento não é mutável com um relacionamento pedagógico puro ou com conselhos pessoais. Nem a mudança é efetiva se se utilizar de meios de comunicação inadequados, não considerando as diferentes formas e ritmos de apreensão do conhecimento do usuário. Ao contrário, é o resultado de condicionamentos psicológicos e relacionamentos reais no trabalho, na residência, no lazer, entre outros<sup>(11)</sup>.

Nessa perspectiva, a questão da não adesão, que é complexa e determinada por múltiplos fatores, deixa de ser examinada e enfrentada convenientemente pelos profissionais. A "conscientização" [grifo nosso] acaba sendo apenas um conjunto de informações sobre a HA e o tratamento repassadas ao usuário, cuja ligação com ele e com sua vida reside somente no fato de que é ele quem tem a doença e tem a maior responsabilidade para aderir. No mais, o usuário e suas dificuldades e limitações para aderir são desconsideradas. Como sujeito da adesão, como centro da atenção, ele é negligenciado, não sendo visto como uma pessoa com potencial de troca de idéias e experiências. Nem como um sujeito com direito de fazer escolhas livres e com autonomia para manejar o seu problema de saúde e o tratamento. O profissional de saúde deixa de considerá-lo como membro ativo no seu processo de cuidado à saúde, como um adulto capaz de estabelecer, de forma amadurecida, uma aliança com ele para, juntos, conseguirem progressos no processo terapêutico.

Mas, do mesmo modo que o profissional de saúde guia-se por suas convicções e concepções para

conscientizar o usuário da necessidade de aderir ao tratamento, esse também manifesta sua subjetividade. Dentro e fora da interação, o usuário mostra que, quando se depara com a realidade do tratamento e todas as suas implicações, desenvolve estratégias próprias de enfrentamento da doença e do regime terapêutico.

#### Administrando o tratamento à sua maneira

Esta categoria mostra que, apesar de o profissional de saúde realizar ações gerais de atenção à saúde do hipertenso e apesar de seu esforço em conscientizar o usuário, ele não adere ao tratamento exatamente como recomendado. A maioria de suas ações revela uma forma própria de aderir ao tratamento, conduzindo-o à sua maneira.

De modo geral, os usuários participantes desta pesquisa, a despeito do fato de não gostarem do regime terapêutico por causa das muitas mudanças que ele traz em suas vidas, consideram que devam fazer o tratamento. Assim, no início, procuram segui-lo à risca. Eles tentam mudar seus hábitos de alimentação, habituar-se a fazer exercícios, tomar as medicações regularmente, não fumar, entre outras modificações. Mas, ao longo do tempo, muitas dessas tentativas se frustram e a maioria decide seguir o tratamento à sua maneira, considerando o que é possível fazer, o que consegue fazer ou o que quer fazer.

Administrar o tratamento à sua maneira compreende ações como decisão de não tomar a medicação ou tomá-la apenas quando tiver sintomas, manipulação dos horários prescritos, escolha de atividades que mais lhe agradam, uso de práticas alternativas, decisão de parar com o tratamento, entre outras – *No começo eu senti um pouco de dificuldade porque eu queria seguir à risca a recomendação médica. Eu perdi bastante peso porque eu mudei meu modo de alimentar e tudo... Comecei a perder peso. Então, aí eu fui abandonando um pouco e fui entrando no ritmo antigo mesmo e voltou à normalidade de novo. Eu vi que, com o remédio, está controlada a pressão, então, não estou respeitando muito não. Só estou cuidando um pouquinho do sal. Não sigo à risca, mas sigo (U 21).*

O fato de o usuário administrar o tratamento à sua maneira não é um dado novo, pois estudos têm mostrado que isso ocorre com certa frequência<sup>(12-15)</sup>. O paciente conforma o regime terapêutico ao seu

funcionamento social e, quando isso conflita com seu bem-estar individual, ele se permite certas indulgências a fim de minimizar o impacto das estritas normas e regras a ele impingidas.

O surgimento dessa categoria sugere algumas indicações. Parece mostrar que, para o usuário, mesmo convencido da necessidade de obedecer às determinações do profissional para ter melhor condição de saúde, ainda é mais forte a necessidade de relativizar a prescrição, encontrando formas de seguir o tratamento sem que isso seja penoso.

Tal resultado pode estar apontando uma forma de o usuário apresentar resistência às determinações do profissional de saúde, tentando preservar a sua autonomia. Resistência que não é calculada ou prevista estrategicamente, mas que se constitui apenas em uma reação defensiva contra a invasão ou desrespeito à sua autonomia<sup>(16)</sup> e liberdade para exercer algum controle sobre sua saúde e sua vida, já que, no espaço da interação, esse controle não está em suas mãos.

O processo de tomada de decisão dos sujeitos com problemas crônicos de saúde reflete o resultado de decisão consciente de ganhar controle do manejo de suas doenças e esforços subsequentes de assumir esse controle. Manter controle significa ser capaz de mediar os efeitos da doença de tal forma que se possa viver o mais normalmente possível<sup>(14)</sup>.

Outra possível indicação é a de que o usuário pode não estar sabendo lidar com essa situação de doença e tratamento, numa demonstração de que lhe falta ou são insuficientes o conhecimento, as capacidades e habilidades necessárias para aderir. Conviver com a HA não é fácil e a adesão ao tratamento é processo complexo que envolve diversos fatores biológicos, sociais e emocionais, bem como barreiras de ordem prática e logística<sup>(17)</sup>, como administrar horário e posologia de medicamentos, tipo de dieta, equilíbrio entre atividade e descanso, monitoramento da PA, aprendizado de alternativas, entre outras ações, que são tarefas dinâmicas, complexas e, ao mesmo tempo, desafiadoras.

Ao administrar o tratamento à sua maneira, o usuário pode, ainda, estar apontando para o fato de que ele e o profissional de saúde entendem de forma diferente o seguimento do tratamento. Geralmente, o profissional considera que suas prescrições devam ser seguidas à risca [pois tem como base os padrões de comportamento pré-estabelecidos nos documentos oficiais]. O usuário

parece considerar que algumas falhas não se constituem em prejuízo ao tratamento – como o tratamento é longo, passar uns dias sem tomar o medicamento não altera os resultados em relação ao processo de cura<sup>(18)</sup>.

O regime terapêutico ao mesmo tempo em que é concreto, ou seja, composto de medidas cientificamente consolidadas, torna-se de certa forma abstrato quando aplicado à vida do usuário. Isso porque o sentido que as medidas têm para ele não é o mesmo para o profissional – aquele que o prescreveu. Quando prescrito, o tratamento é algo definitivamente fora do contexto de vida da pessoa [mesmo que alguns itens já façam parte de seu cotidiano, não têm o mesmo propósito] e, por isso, não é concreto. Durante algum tempo, talvez muito tempo, ele será abstrato até que, num processo próprio, ele se tornará concreto.

Por fim, outra indicação é a de que a interação entre o usuário e o profissional de saúde não está sendo adequada, impedindo que problemas não apenas relativos à sua doença ou ao seu corpo sejam discutidos, mas também aqueles que dizem respeito ao seu processo de vida e saúde. As razões que levam uma pessoa a seguir ou desprezar as recomendações terapêuticas, indicadas por profissionais, trazem à tona o contexto no qual ele está inserido e sua integralidade como ser humano<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As duas categorias centrais encontradas nesta pesquisa e discutidas neste artigo mostram que, na interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso, para resolver o problema da não adesão desse último ao tratamento, o primeiro lança mão da estratégia de conscientização. Essa, no entanto, tem sido realizada ainda pautada no biomédico de atenção e de maneira inadequada. O usuário, por sua vez, em relação ao tratamento, o tem administrado à sua maneira, indicando aos profissionais de saúde algumas questões relativas à sua adesão.

Acredita-se que, assim como outros estudos<sup>(20-21)</sup> que têm sido desenvolvidos sobre essa temática, esta pesquisa possa colaborar para a compreensão desses aspectos da interação entre o profissional de saúde e o usuário. Isso pode ajudar enfermeiros, médicos e outros profissionais da área da saúde a repensar a maneira de lidar com o usuário

e com o problema da não adesão no cotidiano da sua prática, utilizando-se de modelos e abordagens que objetivem ajudá-los a melhorar a adesão.

Nesse sentido, é importante que a enfermeira perceba que há espaço para demonstração de competência técnica e humana por meio da apropriação de teorias e abordagens que, crescentemente, vêm surgindo no campo da saúde. Também através de avaliação profunda e elaborada da saúde do usuário que inclua, sob a perspectiva

dele, sua vivência com o problema de saúde e o tratamento, suas dificuldades, limitações e potencialidades. Ainda, por meio de propostas de cuidados embasados em uma sólida base científica, adequados às necessidades de saúde do usuário. Por fim, é fundamental que a enfermeira desenvolva um perfil de competências para ação educativa<sup>(22)</sup>, na qual o objetivo seja contribuir para aumentar a autonomia e capacidades do usuário no cuidado, responsabilizando-se cada vez mais por sua própria saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão: 2006.
3. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad saúde pública 1999; julho-setembro; 15(3):647-54.
4. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R, Batenburg V. Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. Patient Edu Couns 2001; 45:119-26.
5. Halett CE, Austin L, Caress A, Luker KA. Community nurses' perceptions of patient compliance in wound care: a discourse analysis. J Adv Nurs 2000; 32(1):115-23.
6. Maclean N, Phil B, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The concept of patient motivation. Stroke 2002; 33:444-8.
7. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(3):775-82.
8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm 2003; janeiro-março; 12(1):17-25.
10. Gropper RC. Cultural basics and chronic illness. Adv Ren Replace Ther 1998 April; 5(2):128-33.
11. Berlinguer G. Promoção da saúde. In: Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência e saúde. Salvador: APCE-Hucitec-Cebes; 1993. p. 149-59.
12. Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. Fam Pract 1997; 14(5):369-75.
13. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública 1999; outubro-dezembro; 15(4):777-87.
14. Thorne S, Paterson B, Russell C. The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. Qual Health Res 2003; December; 13(10):1337-52.
15. Broom D, Whittaker A. Controlling diabetes: moral language in the management of diabetes type 2. Soc Sci Med 2004; 58:2371-82.
16. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface 2003 setembro - 2004; fevereiro; 8(14):21-32.
17. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008; 21(1):59-65.
18. Gonçalves HD. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: Duarte LFD, Leal OF, org. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 105-17.
19. Stuchi RAG. Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco. [Dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 1999.
20. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007, 5(1):34-41.
21. Lyra Junior DP; Amaral RT; Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006, 14(3):435-441.
22. Leonello VM. Competências para ação educativa da enfermeira. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 Abr [citado 2008 Jul19]; 16(2): 177-183. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200002&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0104-11692008000200002.