

CONCIENTIZACIÓN DEL USUARIO HIPERTENSO SOBRE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO¹

Annelita Almeida Oliveira Reiners²

Maria Suely Nogueira³

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

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

CONCIENTIZAÇÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO

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

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado; ² Doctor en Enfermería, Docente de la Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil, e-mail: reiners17@hotmail.com; ³ Doctor en Enfermería, Docente de la 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

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HA) es un importante problema de salud pública de difícil control por varios motivos, entre ellos, la no adhesión del usuario al tratamiento. En el mundo, inclusive con la disponibilidad de tratamientos efectivos para la HA, más de la mitad de los pacientes tratados abandonan el tratamiento dentro de un año después del diagnóstico, y, entre aquellos que permanecen bajo acompañamiento médico, solamente 50% toman por lo menos 80% de las medicamentos prescritos⁽¹⁾. En Brasil, estudios aislados sobre adhesión al tratamiento muestran que el control de la HA permanece en torno de 20 a 40%, y la tasa de abandono es creciente, algún tiempo después del inicio de la terapéutica⁽²⁾.

En la literatura referente al tema adhesión/no adhesión del usuario al tratamiento, algunos autores apuntan diversos factores que contribuyen para la no adhesión. Muchos de ellos se refieren a la interacción entre el profesional de la salud y el usuario como un factor que dificulta el seguimiento del tratamiento por ese último; entre tanto, sin responder a algunos cuestionamientos, mostrados a seguir: ¿Cómo ocurre la interacción entre el usuario hipertenso y el profesional de la salud?, ¿En qué medida la interacción ha cooperado para la no adhesión al tratamiento?, ¿Será que existen aspectos de esa interacción que han afectado el comportamiento de los usuarios en relación al tratamiento?, y, ¿Qué aspectos de la interacción pueden estar induciendo al usuario a no adherir al tratamiento?

A partir de esos cuestionamientos, se desarrolló un estudio cuyos objetivos fueron: (1) comprender la perspectiva del profesional de la salud y del usuario hipertenso sobre la interacción que ocurre entre ellos, en el contexto de la atención en unidades públicas de salud; (2) analizar de que forma la interacción entre el profesional de la salud y el usuario hipertenso contribuye para la no adhesión al tratamiento.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, de orientación cualitativa, cuyo marco teórico fue el Interaccionismo Simbólico que tiene como foco la interacción social y que considera que las acciones de las personas son fruto de esa interacción. El marco metodológico fue la Grounded Theory, un método de

análisis de datos cualitativos, desarrollado a partir de las concepciones del marco teórico adoptado.

La investigación fue desarrollada en diez unidades públicas de la salud que prestan atención básica y secundaria a usuarios hipertensos en el municipio de Cuiabá, estado de Mato Grosso, en Brasil. En esas unidades se realizan, por medio del trabajo del médico, de la enfermera, del personal de enfermería (auxiliares y técnicos) y de los agentes comunitarios de la salud, algunas acciones programáticas de prevención y control de la HA, como: rastrear hipertensos, verificar los niveles de presión arterial, marcar consultas, encaminar y definir fechas de consulta de exámenes, abastecer medicamentos, consultar a la enfermería (realizada por algunas enfermeras) y ofrecer charlas ocasionales a grupos de hipertensos. A pesar de que, en la mayoría de las unidades, las enfermeras hacen parte del equipo de la salud, en dos de ellas, no había atención de la enfermera al hipertenso.

Participaron como sujetos de la investigación 15 profesionales de la salud que interactuaban con hipertensos – seis enfermeras, seis médicos, una técnica de enfermería y dos auxiliares de enfermería –, con edades que variaban entre 29 y 54 años, y el tiempo de graduación entre 3 y 30 años. Había en el grupo cinco personas sin especialización y las demás eran especializadas en diversas áreas como Cardiología, Salud Pública y Hematología. El tiempo de actuación con hipertensos varió entre 6 meses y 24 años.

De la misma forma, 10 hipertensos, usuarios de las unidades de salud, que habían recibido asistencia de profesionales de la salud hace, por el menos, un año, participaron del estudio. Eran adultos con edad entre 42 y 72 años, 4 de ellos del sexo masculino y 6 del sexo femenino. La mayoría era casada o viuda. Entre ellos había analfabetos y personas con nivel de escolaridad hasta el segundo grado completo. Eran jubilados, trabajadores autónomos y dueñas de casa. Sabían que eran hipertensos hace un tiempo que variaba de 1 a 20 años, siendo que la mayor parte hacía el tratamiento desde que supo del diagnóstico.

La recolección de los datos fue realizada, después de aprobado por el Comité de Ética en Investigación local, en el período de enero a agosto de 2003. Los datos fueron obtenidos, después de recibir la autorización de los sujetos que firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido, por

medio de 25 entrevistas semiestructuradas, en el domicilio o local de trabajo de los participantes. Se utilizó un instrumento, comprobado anticipadamente con una enfermera, un médico y un usuario, conteniendo un guión de preguntas abiertas sobre las acciones del profesional de la salud y del usuario en la interacción, la forma como la interacción ocurría y las concepciones que tenían sobre ellos, el tratamiento y la adhesión/no adhesión. Las entrevistas fueron finalizadas cuando se alcanzó el punto de saturación teórica.

Los datos fueron tratados, analizados e interpretados, utilizándose los procedimientos de la Grounded Theory, en un proceso elaborado de comparaciones, relaciones e integración, hasta encontrar las categorías centrales en torno de las cuales y con las cuales todas las otras categorías y subcategorías fueron interrelacionadas. Se encontraron seis categorías (dos de ellas, centrales) y veinte y dos subcategorías.

El análisis comparativo constante de los datos contenidos en las categorías y subcategorías, interpretados a la luz del marco teórico utilizado, de la literatura existente sobre el asunto y de la práctica de las investigadoras, posibilitó la formulación de una proposición teórica. Ella demuestra la comprensión que se tuvo sobre la interacción entre el usuario y el profesional de la salud y de la cual se extrajeron elementos para analizar la contribución que esa interacción tiene para la no adhesión al tratamiento.

El conjunto de las seis categorías encontradas está representado en la Figura 1, donde son destacadas las dos categorías centrales (concientización y administrando el tratamiento a su manera).



Figura 1 - Proposición teórica sobre la interacción entre el profesional de la salud y el usuario

En este artículo, serán presentadas y discutidas las dos categorías centrales y su relación con la no adhesión del usuario al tratamiento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El profesional de la salud*, actúa en la interacción de acuerdo con sus perspectivas, concepciones, significados sobre el usuario, relación que tiene con él sobre la enfermedad (HA) y el tratamiento, así como sobre la adhesión y la no adhesión al tratamiento. Inclusive del modo en que el usuario actúa en la interacción y fuera de ella, conforme los significados, las percepciones, concepciones y perspectivas que tiene sobre la HA, el tratamiento, el profesional de la salud y su relación con él, así como sobre la adhesión y la no adhesión al tratamiento.

A partir de los relatos de los sujetos, fue posible aprender que la interacción todavía está centralizada en técnicas y tareas, que privilegian acciones de prescripción y de rutina, focalizadas en el cuerpo, en la enfermedad, en el tratamiento y en la adhesión – *Hago consultas de enfermería. Comenzamos a través de la verificación de PA, nosotras verificamos la PA. En la interacción con el paciente ya conversamos con él: si él ya es hipertenso. Si él toma medicamentos. Desde cuándo. Y si ya fue orientado, sobre la dieta. Ofrecer acompañamiento constante, hacer verificación de la PA constante, porque esa persona hipertensa tiene que tener un acompañamiento semanal o a cada dos días, verificar la presión, estar siempre en contacto con él para tener un control, para evitar secuelas* (P 15).

Ese tipo de interacción, nada más es que la reproducción del tradicional modelo biomédico de atención a la salud que, a lo largo de los años, se viene repitiendo, inclusive con la introducción de nuevas formas de asistir a las personas con problemas crónicos de salud. A pesar de que, a partir del siglo XIX, la medicina ha obtenido avances considerables en diversas áreas, las dimensiones humana, vivencia, psicológica y cultural de la enfermedad fueron despreciadas⁽³⁾.

La interacción conducida por ese modelo se caracteriza por no tener equilibrio, ser asimétrica y desigual, centralizada en el profesional de la salud que ejerce el papel activo, el papel de *expert*, determinando lo que el usuario puede o no puede hacer con su cuerpo y su salud. El usuario, a su vez, desarrolla un papel pasivo y, en la mayoría de las veces, no se le da la oportunidad de compartir o de participar⁽⁴⁾.

* el profesional de la salud está identificado por la letra (P), y el usuario por la letra (U), en los diálogos de los sujetos.

En este estudio, en la interacción con el usuario, el profesional de la salud considera que su capacidad de lidiar efectivamente con la HA es perjudicada por las malas condiciones de su trabajo (baja remuneración y reducida disponibilidad de tiempo, número limitado de profesionales) y por la no adhesión de la mayoría de los usuarios al tratamiento.

Los profesionales traen para el encuentro, con el paciente, sus propias suposiciones, algunas de las cuales han sido internalizadas durante su proceso de formación. Una de ellas es que la no adhesión al tratamiento es un comportamiento desviacionista e irracional del paciente que necesita ser corregido.

Aquellos usuarios que no adhieren al tratamiento son considerados pacientes difíciles y complicados, inconsecuentes, principalmente porfiados y rebeldes - *Escucha, hay algunos pacientes que a quienes les decimos: "ese paciente es rebelde, él no acepta".* (P 6). Son considerados también pacientes de riesgo que no siguen sus recomendaciones como determinadas y no creen en la gravedad de la HA - *Hay pacientes que no aceptan, hay pacientes a quienes les estás hablando y él cree que aquello allí no es verdad, que aquello allí es mentira...* (P 6).

Algunos estudios muestran que, de modo general, los profesionales piensan que el paciente actúa así por ignorar la importancia del tratamiento, por tener poca educación o simplemente por no obedecer las órdenes médicas⁽⁵⁻⁷⁾.

Como la no adhesión al tratamiento es un problema que necesita ser enfrentado, el profesional de la salud lanza mano de una estrategia para administrarlo, que es la concientización del usuario sobre la importancia del tratamiento.

Concientización

De acuerdo con los relatos, la concientización, para el profesional de la salud, es una actividad que él cree ser de tipo educativo, que tiene el propósito de hacer que el usuario conozca su problema de salud y sepa lo que necesita hacer para controlarlo - (...) *básicamente eso, educación en salud, concientizar sobre lo que mejor para él es adherir al tratamiento...* (P 28).

Es una actividad realizada de manera repetitiva, hablando con el usuario, constante e insistentemente, que la HA es grave, incurable y que trae complicaciones y muerte; hablando sobre la importancia del tratamiento y de su seguimiento como medio de controlar la enfermedad y evitar

complicaciones; y, también, enfatizando que los riesgos que corre, el usuario, al no adherir al tratamiento.

La acción de concientizar es caracterizada por los profesionales de la salud por expresiones como: "tratar de meter en la cabeza", "colocar en la cabecita del paciente" y "hacer la cabeza de él" - *Aquel paciente que tiene un tratamiento irregular, tiene mucho más manifestaciones de la enfermedad crónica que aquel paciente que se trata correctamente. ...Entonces, acabas sabiendo que con ese tienes que tratar de meterle en la cabeza que tiene que dar importancia a su enfermedad, porque si no él va a morir, va complicarse con el tiempo, en el medio plazo y que si no le da importancia al tratamiento, si no sigue las orientaciones va a tener complicaciones serias y tener una, digamos así, una expectativa de vida mucho menor* (P 10).

Con la finalidad de convencer al usuario a adherir, varias formas de comunicación son utilizadas por el profesional de la salud en la concientización. Ellas varían desde un juego hasta la amenaza. Algunos llaman la atención del usuario, les dan lecciones de moral, "les tiran la oreja", los asustan, dramatizan o apelan para lo emocional, con la retórica de que están haciendo eso para el bien de él. Hay otros que creen que el único recurso es ser más autoritario y amenazador - es un *tratamiento de choque, yo pienso. Entonces, a partir del momento en que le muestras los riesgos: "mira, si no te tratas, los riesgos son estos y puede sucederte. Sucede con tu vecino, sucede con mi madre..." ¿Entendió? De repente, consigues sensibilizar más. Yo lo veo así. Si yo pudiese llevar a todo el mundo para el servicio de emergencia a dar una vuelteita, ellos saldrían de allá convencidos, con seguridad...* (P 28).

De hecho, educar en salud es un elemento fundamental en la tarea de promover la adhesión del cliente al tratamiento. Entre tanto, fue posible percibir que la idea que los profesionales de la salud, de este estudio, tiene sobre concientización está pautada en el modelo tradicional de educación, en la concepción tipo escuela de educación⁽⁸⁾ que ve al educador como su indiscutible agente, cuya tarea es "llenar" a los educandos con los contenidos de su narración. Una concepción según la cual las personas que enseñan creen que el conocimiento es una donación de parte de los que se juzgan sabios para los que, según ellos, nada saben y deben recibir pasivamente los conocimientos provenientes de su autoridad profesional.

Esto no es nuevo. Concepciones de educación en salud de enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos y cirujanos dentistas, de modo general, revelan un modo tradicional de

percibirla y en las cuales las palabras pasar, repasar y la expresión transmitir conocimiento son recurrentes⁽⁹⁾.

Pensando así, profesionales de la salud presumen que su conocimiento es superior al conocimiento popular que, generalmente, proviene de creencias y experiencias personales⁽¹⁰⁾. Se valen de su condición de formación privilegiada para detener el monopolio del conocimiento y el manejo de la HA, queriendo cambiar la forma que tiene el usuario pensar y actuar para el modo como ellos piensan y actúan (o actuarían). El profesional, bajo el manto de la ciencia, cree que puede tener control sobre el cuerpo, la salud, la vida y la muerte del usuario, negándole el beneficio del intercambio, de la discusión y del profundo conocimiento que tiene de su condición.

Entonces, asumen la tarea de dar, entregar, llevar y transmitir el conocimiento al usuario, pensando que eso es suficiente para promover cambios de comportamiento. Esto es un error, ya que el comportamiento no cambia con una relación pedagógica pura o con consejos personales. También el cambio no es efectivo si se utilizan medios de comunicación inadecuados, que no consideran las diferentes formas y ritmos de captación del conocimiento del usuario. Al contrario, este es el resultado de condicionamientos psicológicos y relaciones reales en el trabajo, en la residencia, en el entretenimiento, entre otros⁽¹¹⁾.

Dentro de esta perspectiva, la cuestión de la no adhesión, que es compleja y determinada por múltiples factores, deja de ser examinada y enfrentada convenientemente por los profesionales. La "concientización" acaba siendo apenas un conjunto de informaciones sobre la HA y el tratamiento repasadas al usuario, cuya relación con él y con su vida reside solamente en el hecho de que es él, quien tiene la enfermedad y tiene la mayor responsabilidad para decidirse por adherir. Además, el usuario y sus dificultades y limitaciones para adherir son desconsideradas. Como sujeto de la adhesión, como centro de la atención, él sufre negligencia, no siendo visto como una persona con potencial de intercambio de ideas y experiencias. También no es un sujeto con derecho a escoger libremente y con autonomía para manejar su problema de salud y su tratamiento. El profesional de la salud deja de considerarlo como miembro activo en el proceso del cuidado de la salud, como

un adulto capaz de establecer, de forma madura, una alianza con él para, juntos, conseguir progresos en el proceso terapéutico.

Sin embargo, del mismo modo que el profesional de la salud se guía por sus convicciones y concepciones para concientizar al usuario de la necesidad de adherir al tratamiento, el usuario también manifiesta su subjetividad. Dentro y fuera de la interacción, el usuario muestra que, cuando se encuentra con la realidad del tratamiento y todas sus implicaciones, desarrolla estrategias propias de enfrentamiento de la enfermedad y del régimen terapéutico.

Administrando el tratamiento a su manera

Esta categoría muestra que, a pesar que el profesional de la salud realiza acciones generales de atención a la salud del hipertenso y a pesar de su esfuerzo en concientizar al usuario, este no adhiere al tratamiento exactamente como recomendado. La mayoría de sus acciones revelan una forma propia de adherir al tratamiento, conduciéndolo a su manera.

De modo general, los usuarios participantes de esta investigación, a pesar de que no les gusta el régimen terapéutico por causa de los muchos cambios que ocasiona en sus vidas, consideran que deben hacer el tratamiento. Así, en el inicio, tratan de seguirlo estrictamente. Ellos tratan de sus hábitos de alimentación, de habituarse a realizar ejercicios, a tomar los medicamentos regularmente, a no fumar, entre otras modificaciones. Sin embargo, a lo largo del tiempo, muchas de esas actitudes se frustran y la mayoría decide seguir el tratamiento a su manera, considerando lo que es posible hacer, lo que consiguen hacer o lo que quieren hacer.

Administrar el tratamiento a su manera comprende acciones como la decisión de no tomar la medicación o tomarla apenas cuando aparecen los síntomas, la manipulación de los horarios prescritos, la elección de actividades que más le agradan, el uso de prácticas alternativas, la decisión de parar con el tratamiento, entre otras – *al comienzo yo sentí un poco de dificultad porque yo quería seguir estrictamente la recomendación médica. Yo perdí bastante peso porque cambié mi modo de alimentarme y todo... Comencé a perder peso. Entonces, ahí yo fui abandonando un poco y fui entrando en el ritmo antiguo mismo y volvió a la normalidad de nuevo. Yo vi que, con el remedio, está controlada la presión, entonces, no estoy respetando mucho no. Solo estoy cuidando un poquito de sal. No sigo estrictamente, sin embargo sigo (U 21).*

Que el usuario administre su tratamiento a su manera no es un dato nuevo; algunos estudios ya han mostrado que esto ocurre con cierta frecuencia⁽¹²⁻¹⁵⁾. El paciente adapta el régimen terapéutico a su funcionamiento social y, cuando esto entra en conflicto con su bienestar individual, se permite ciertas indulgencias a fin de minimizar el impacto de las estrictas normas y reglas impuestas por el tratamiento.

El surgimiento de esta categoría sugiere algunas indicaciones. Parece mostrar que, para el usuario, inclusive convencido de la necesidad de obedecer a las determinaciones del profesional para tener una mejor condición de salud, siente la fuerte necesidad de relativizar la prescripción, así encuentra formas de seguir el tratamiento sin que eso le cause mucho sufrimiento.

Este resultado puede estar señalando una forma de resistencia, por parte del usuario, a las determinaciones del profesional de la salud, con la cual trata de preservar su autonomía; resistencia que no es calculada o prevista estratégicamente, pero que se constituye apenas en una reacción defensiva contra la invasión o falta de respeto a su autonomía⁽¹⁶⁾ y libertad para ejercer algún control sobre su salud y su vida, ya que, en el espacio de la interacción, ese control no está en sus manos.

El proceso de la toma de decisiones de los sujetos con problemas crónicos de salud refleja el resultado de una decisión consciente de controlar el manejo de sus enfermedades y los esfuerzos subsecuentes de asumir ese control. Mantener el control significa ser capaz de mediar los efectos de la enfermedad de tal forma que se pueda vivir lo más normalmente posible⁽¹⁴⁾.

Otra posible indicación es que el usuario puede no estar sabiendo lidiar con esa situación de enfermedad y tratamiento, en una demostración de que le falta o son insuficientes el conocimiento, las capacidades y habilidades necesarias para adherir. Convivir con la HA no es fácil y la adhesión al tratamiento es un proceso complejo en que participan diversos factores biológicos, sociales y emocionales, así como barreras de orden práctico y logístico⁽¹⁷⁾, como administrar el horario y la posología de medicamentos, el tipo de dieta, el equilibrio entre actividad y descanso, el monitoreo de la PA, el aprendizaje de alternativas, entre otras acciones, que son tareas dinámicas, complejas y, al mismo tiempo, desafiantes.

Al administrar el tratamiento a su manera, el usuario puede, también, estar apuntando para el hecho de que él y el profesional de la salud entienden de forma diferente el seguimiento del tratamiento. Generalmente, el profesional considera que sus prescripciones deben ser seguidas estrictamente (ya que tienen como base los estándares de comportamiento preestablecidos en documentos oficiales). El usuario parece considerar que algunas fallas no perjudican el tratamiento – como el tratamiento dura mucho, pasar unos días sin tomar el medicamento no altera los resultados en relación al proceso de cura⁽¹⁸⁾.

El régimen terapéutico al mismo tiempo en que es concreto, o sea, compuesto de medidas científicamente consolidadas, se vuelve abstracto cuando aplicado a la vida del usuario. Esto debido a que el sentido que las medidas tienen para el usuario no es el mismo para el profesional – aquel que lo prescribió. Cuando prescrito, el tratamiento es algo definitivamente fuera del contexto de vida de la persona (inclusive si algunos ítems ya hagan parte de su cotidiano, no tiene el mismo propósito) y, por eso, no es concreto; durante algún tiempo, tal vez mucho tiempo, este será abstracto hasta que, en un proceso propio, se vuelva concreto.

Por último, otra indicación es que la interacción entre el usuario y el profesional de la salud no está siendo adecuada, impidiendo que problemas, no solamente relativos a su enfermedad o a su cuerpo sean discutidos, como los que se refieren a su proceso de vida y salud sean abordados. Las razones que llevan a una persona a seguir o despreciar las recomendaciones terapéuticas, indicadas por profesionales, traen al debate el contexto en el cual él actúa y su integralidad como ser humano⁽¹⁹⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Las dos categorías centrales encontradas en esta investigación y discutidas en este artículo muestran que en la interacción entre el profesional de la salud y el usuario hipertenso, para resolver el problema de la no adhesión de este último al tratamiento, el primero lanza mano de la estrategia de la concientización. Sin embargo, esta ha sido realizada pautada en la atención biomédica y de manera inadecuada. El usuario, a su vez, en relación

al tratamento, lo ha administrado a su manera, indicando a los profesionales de la salud algunas cuestiones relativas a su adhesión.

Pensamos que, así como en otros estudios⁽²⁰⁻²¹⁾ que han sido realizados sobre esta temática, que esta investigación puede colaborar para la comprensión de los aspectos de interacción entre el profesional de la salud y el usuario. Esto puede ayudar a los enfermeros, médicos y otros profesionales del área de la salud a repensar la manera de lidiar con el usuario y con el problema de la no adhesión en lo cotidiano de su práctica, utilizando de modelos y abordajes que objetiven ayudarlos a mejorar la adhesión.

En ese sentido, es importante que la enfermera perciba que hay espacio para demostrar

competencia técnica y humana por medio de la apropiación de teorías y abordajes que, crecientemente, vienen surgiendo en el campo de la salud. También a través de evaluación profunda y elaborada de la salud del usuario que incluya, bajo la perspectiva de este, su vivencia con el problema de la salud y el tratamiento, sus dificultades, limitaciones y potencialidades. También, por medio de propuestas de cuidados que tengan una sólida base científica, adecuadas a las necesidades de la salud del usuario. Por último, es fundamental que la enfermera desarrolle un perfil de competencias para la acción educativa⁽²²⁾, en la cual el objetivo sea contribuir para aumentar la autonomía y capacidad del usuario en su cuidado, de forma a responsabilizarlo cada vez más por su propia salud.

REFERENCIAS

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. doi: 10.1590/S0104-11692008000200002.