



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**O SER HUMANO E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO –
UM OLHAR SISTÊMICO SOBRE O FENÓMENO.**

**Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem**

Por

Mário João Ribeiro da Silva

Orientador:

Professor Doutor José Amendoeira

Lisboa, 05 de Maio de 2008

DEDICATÓRIA:

Às Mulheres da minha vida: **Belinha, Joana e Catarina.**

Chegou a hora de vos dedicar além do amor que sentimos por vós,
o resultado deste trabalho.

Foram tempos difíceis, mas cremos que nos fortaleceu para o futuro,
que acredito, seja sempre ao vosso lado, com muito amor, saúde,
compreensão, alegria e paz!

Ao pai **Francisco**, que creio, esteja onde estiver, tem com
certeza, a alma cheia de luz e alegria, por mais esta etapa que o
seu filho concretizou!

À **D. Gertrudes**, pela sua capacidade de dar
e de perceber a importância da formação ao longo da vida!

À mãe **Susete**, pela concepção e educação.

Aos **amigos** pela força e amizade sempre presentes.

Pensamento:

*“Conhecer alguém aqui e ali
que pensa e sente como nós
e que embora distante,
está perto em espírito,
eis o que faz da Terra
um jardim habitado”*

“ Goethe ”

O que tornou possível a realização deste estudo?

A orientação sistemática, reflexiva e sábia do Professor Dr. José Amendoeira;

A realização de seminários periódicos de investigação com todos os mestrados orientados pelo Professor Dr. José Amendoeira, cujas apresentações e reflexões constituíram mais-valias para o nosso desenvolvimento enquanto investigadores;

A disponibilidade e abertura dos participantes que nos receberam no seu domicílio e nos proporcionaram uma riqueza de informação;

O cuidado das colegas Isabel Barroso e Fátima Saragoila cujas críticas nos ajudaram na consecução do relatório final;

A confiança e a compreensão da Professora Margarida Vieira;

A disponibilidade sempre presente, com muita dinâmica e alegria das colegas de Mestrado, Alda Catela, Ana Valério, Madalena Carvalho e Céu;

O cuidado e a capacidade crítica mas tranquila da colega, Professora Anabela Cândido, com quem temos o prazer de poder contar desde os tempos da prestação de cuidados noutra contexto e presentemente na Escola;

A palavra e a instilação de esperança de todos os colegas que nos acompanharam neste percurso;

A disponibilidade da D. Gertrudes (sogra), que sem questionar nos deu oportunidade de realizar este Mestrado;

ÍNDICE	Pag.
0 – INTRODUÇÃO -----	22
PARTE I – CONCEPÇÃO TEÓRICA -----	26
1 – O SER HUMANO E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO – UM OLHAR SISTÊMICO SOBRE O FENÓMENO-----	27
1.1 – CONTRIBUTOS DO MODELO SISTÊMICO DE BETTY NEUMAN, NA PERSPECTIVA CONCEPTUAL DO FENÓMENO -----	34
1.1.1 – Factores que Influenciam a Adesão ao Regime Terapêutico -----	45
1.2 – O FENÓMENO DE ADESÃO – TRANSVERSALIDADE NO CONTEXTO DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM -----	51
PARTE II – CONCEPÇÃO METODOLÓGICA -----	68
2 – ESTRUTURA METODOLÓGICA DO ESTUDO -----	69
2.1 – DESENHO DO ESTUDO -----	75
PARTE III – ANÁLISE ESTRUTURAL DA COMPREENSÃO DO FENÓMENO -----	86
3 – DIMENSÕES EMERGENTES NO ÂMBITO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, QUER SEJA FARMACOLÓGICO OU NÃO FARMACOLÓGICO -----	87
3.1 – O SER HUMANO COMO PERCURSO(R) DO FENÓMENO -----	92
3.2 – O AMBIENTE INTEGRADO(R) NO (DO) SER HUMANO -----	129
4 – CONCLUSÕES -----	156
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	160
6 – ANEXOS -----	169
ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA	
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO	

INDÍCE DE ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática De Enfermagem;

Cf. – Confira;

ICN – International Conceil of Nursing;

Nº - Número;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

INDICE DE FIGURAS

Figura nº 1	The Neuman Systems Model. Original diagram 1970 by Betty Neuman (traduzido e adaptado por José Amendoeira, 24 de Abril 2005) IN: Neuman, Betty (1995). The Neuman Systems model, 3rd ed., Stamford, Appleton & Lange, p. 17 -----	37
Figura nº 2	O ser humano face ao fenómeno de adesão/não adesão aos vários regimes terapêuticos -----	89
Figura nº 3	O ser humano adere ao regime terapêutico farmacológico -----	94
Figura nº 4	O ser humano adere ao regime terapêutico não farmacológico ----	105
Figura nº 5	O ser humano não adere ao regime terapêutico farmacológico ----	118
Figura nº 6	O ser humano não adere ao regime terapêutico não farmacológico -----	123
Figura nº 7	O ser humano adere ao regime terapêutico farmacológico -----	132
Figura nº 8	O ser humano adere ao regime terapêutico não farmacológico ----	136
Figura nº 9	O ser humano não adere ao regime terapêutico farmacológico ----	142
Figura nº 10	O ser humano não adere ao regime terapêutico não farmacológico -----	147
Figura nº 11	Ser humano face ao fenómeno de adesão/não adesão aos vários regimes terapêuticos -----	155

INDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Factores e Indicadores do Fenómeno -----	50
Quadro nº 2	Exemplo do esquema da análise estrutural: Regime terapêutico farmacológico-----	82
Quadro nº 3	Exemplo do esquema da análise estrutural: Regime terapêutico não farmacológico -----	83
Quadro nº 4	Temas que compreendem o fenómeno da adesão -----	84
Quadro nº 5	O ser humano enquanto precursor do fenómeno -----	93
Quadro nº 6	Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Adesão ao regime terapêutico farmacológico -----	104
Quadro nº 7	Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Adesão ao regime terapêutico não farmacológico -----	116
Quadro nº 8	Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Não adesão ao regime terapêutico farmacológico -----	122
Quadro nº 9	Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Não adesão ao regime terapêutico não farmacológico-----	129
Quadro nº 10	O ambiente integrado® no/ do ser humano -----	131
Quadro nº 11	Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano” - Adesão ao regime terapêutico farmacológico -----	135
Quadro nº 12	Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”- Adesão ao regime terapêutico não farmacológico -----	141
Quadro nº 13	Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”- Não adesão ao regime terapêutico farmacológico -----	146
Quadro nº 14	Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”- Não adesão ao regime terapêutico não farmacológico -	150

ABSTRACT

The accomplishment of this study was based essentially on an inquiry question: Which the dimensions that promote the adhesion of the human being to different therapeutic regimes?

In this scope, we focus the attention on the expectations of the person in relation to its therapeutic regime, either pharmacologic or non pharmacologic; the factors that intervene with the process of adhesion to the therapeutic regime and the strategies of adhesion to the therapeutic regime.

We developed a study from the paradigm of the qualitative investigation following an inductive reasoning.

The inquiry question, supported by Neuman's Model of Systems, as theoretical conception, emerging with greater relevance the concepts - **human being e environment**

We used the technique of structural analysis, once that regarding the phenomenon in question, the identified dimensions had always produced two types of reply on the part of the human being, **adhesion** or **non adhesion**. As much for the adhesion, as for non adhesion, the dimensions that precede them are articulated within the proper phenomenon and disjunctions between the different phenomena.

The Model of Systems of Neuman, supports the project of analysis with four quadrants which central nucleus is the human being. In a higher plan, the dimensions become related with the adhesion in the two types of regime, and in a lower plan they become related with the non adhesion in the two types of regime.

The joined dimensions have in its construct the justification of the reasons that make a human being adhere or not to different therapeutic regimes. The dimensions closer to the central nucleus - human being are the ones that had been more frequently identified.

The presented conclusions, evidence the dimensions and its construct face to the two joined subjects - the human being as a way of the phenomenon; The integrated environment in /of the human being. For each subject we analyzed the dimensions that were related, either to the human being, or to the environment, having in account its answers and the two types of regime.

In the conclusions disclosed in this study, we evidence some whose relation encloses both joined subjects and that we start to present, face to the adhesion and non adhesion.

The adhesion of the human being to different therapeutic regime is related to:

- The knowledge, the positive experiences and the form as it mobilizes them want in terms of his health problems, or related to the therapeutic regime.
- The positive influence of his beliefs.
- Self-responsibility and the maintenance of a relation of confidence with the health professionals.
- The role of the family in the maintenance of the adhesion.

The non adhesion of the human being to different therapeutic regime is related to:

- Incapacity either physical, or cognitive for the operacionalization and maintenance of the regime.
- The lack of knowledge of the repercussions of the habits instituted throughout the years, the perception of the necessity for changing habits as being restrictive and the lack of motivation.
- The passivity in the care process, centering the responsibility in the others.
- The overlapping of the economic regarding the essential needs of day-by-day.
- The construction of erroneous ideas about the health problem, the high expectations towards the waited results in relation to the therapeutic effects of the regime.
- The time and the absence of symptoms.

Before these aspects we can consider that concerning the study carried through, the joined conclusions are in a continuous interaction, whose base concepts are evidenced, that is, the Human being and the Environment.

Key Words: Human Being; Environment; Adhesion therapeutic regime.

RESUMO

A realização deste estudo baseou-se essencialmente numa questão de investigação: Quais as dimensões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos?

Neste âmbito, focalizamos a atenção para as expectativas da pessoa em relação ao seu regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico; os factores que interferem no processo de adesão ao regime terapêutico e as estratégias de adesão ao regime terapêutico.

Desenvolvemos um estudo a partir do paradigma da investigação qualitativa seguindo um raciocínio indutivo.

A questão de investigação suportou-se no Modelo de Sistemas de Neuman como concepção teórica, emergindo com maior relevância os conceitos – **ser humano e ambiente**

Utilizámos a técnica de análise estrutural, uma vez que face ao fenómeno em questão, as dimensões identificadas, produziram sempre dois tipos de resposta por parte do ser humano, **adesão** ou **não adesão**. Tanto para a adesão como para a não adesão, as dimensões que as precedem, articulam-se com associações dentro do próprio fenómeno e de disjunções entre os diferentes fenómenos.

O Modelo de Sistemas de Neuman, suporta o esquema de análise com quatro quadrantes cujo núcleo central é o ser humano. No plano superior, as dimensões relacionam-se com a adesão nos dois tipos de regime e no plano inferior relacionam-se com a não adesão nos dois tipos de regime.

As dimensões encontradas têm no seu constructo a justificação das razões que levam o ser humano a aderir ou não aderir aos diferentes regimes terapêuticos. As dimensões mais próximas do núcleo central – ser humano, são as que foram mais frequentemente identificadas.

As conclusões apresentadas, evidenciam as dimensões e o seu constructo face aos dois temas encontrados – O ser humano como percurso® do fenómeno; O ambiente integrado® no/do ser humano. Para cada tema analisamos as dimensões que se encontravam relacionadas, quer com o ser humano, quer com o ambiente, tendo em conta as suas respostas e os dois tipos de regime.

Nas conclusões reveladas neste estudo, evidenciamos algumas cuja relação abrange ambos os temas encontrados e que passamos a apresentar, face à adesão e não adesão.

A adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos relaciona-se com:

- Os conhecimentos, as experiências positivas e a forma como os mobiliza quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico.
- A influência positiva das suas crenças.
- A auto-responsabilização e a manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde.
- O papel da família na manutenção da adesão.

A não adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos relaciona-se com:

- Incapacidade quer física, quer cognitiva para operacionalização e manutenção do regime.
- A não consciencialização das repercussões dos hábitos instituídos ao longo dos anos, a percepção da necessidade de mudança de hábitos como restritivo e a falta de motivação.
- A passividade no processo de cuidados, centrando a responsabilidade nos outros.
- A sobreposição das dificuldades económicas face às necessidades essenciais do dia-a-dia.
- A construção de ideias erróneas face ao problema de saúde, as expectativas muito elevadas nos resultados esperados em relação aos efeitos terapêuticos do regime.
- O tempo e a ausência de sintomas.

Perante estes aspectos podemos considerar que face ao estudo realizado, as conclusões encontradas estão numa interacção contínua, cujos conceitos base se evidenciam, isto é, o Ser Humano e o Ambiente.

Palavras chave: Ser Humano; Ambiente; Adesão ao regime terapêutico.

0 – INTRODUÇÃO

Quando nos predispomos a realizar algo que emerge do nosso interior, o caminho será, aquele que, enquanto autores e decisores do mesmo, nos atribui a responsabilidade e cujo resultado final é o prazer de podermos olhar para trás e contemplarmos todo o trabalho desenvolvido. Este trabalho, não é de todo o perspectivado de uma missão cumprida, sendo antes a parte de um “iceberg” que apesar de se poder observar, ainda não é percebido por todos, da mesma forma.

Deste modo, ao investigarmos, esperamos contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, onde o conhecimento emerge da contínua relação entre as componentes académica e profissional. Segundo Amendoeira, (2006, p.20), “...*Para que a disciplina de enfermagem exista, é necessário que esteja organizada em torno de um domínio, enquanto território com fronteiras teóricas e práticas...*”, por isso se evidencia a importância da investigação e a integração da relação entre as componentes académica e profissional.

Donaldson e Crowley (1978); Melleis (1991); Amendoeira (2006), referem que enquanto disciplina de enfermagem, a apresentação de uma perspectiva única, uma forma distinta de olhar os fenómenos e a definição dos limites e a natureza da sua investigação, são condições “*cinequanon*” para a sua existência.

Enquanto investigador neste processo, orientamos o desenho do estudo, tendo em conta o corpo de conhecimentos da disciplina, e os contextos onde os mesmos se desenvolvem face a um fenómeno particular e único como a adesão ao regime terapêutico. As respostas do ser humano terão aqui um peso importantíssimo como foco de conhecimento da enfermagem, mas também como foco de investigação.

Como características pessoais, enquanto pessoa e enquanto profissional sempre tivemos a preocupação de desenvolver o processo de cuidados com a pessoa, decorrendo daí, o conhecimento de que muitas pertenciam à nossa área de residência, o que nos levou a reflectir sobre esta problemática e decidir ser este o tema do nosso estudo. Acresce a

esta situação a observação empírica da ocorrência de reinternamentos sucessivos no serviço, onde exercíamos a actividade profissional.

Como base para a decisão, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - (CIPE) do International Council of Nurses (ICN), Versão B₂, (2003), fez-nos reflectir e constatar que na disciplina de enfermagem, a investigação baseada na evidência enquadra a forma como os enfermeiros apreciam, planeiam, executam e avaliam os cuidados prestados à pessoa, no quotidiano onde a própria prática se baseia na evidência.

Amendoeira (2006, p.45), refere que *“A capacidade que as disciplinas tenham de assumir um determinado paradigma, será potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, como mais-valia do conhecimento humano, pelo questionamento que faz do mesmo”*. Esta assunção face ao enquadramento conceptual da disciplina de enfermagem e da profissão, integrado no estudo de investigação realizado, permitiu-nos mobilizar aspectos importantes relacionados com o ser humano em contexto específico e cujas respostas são únicas e singulares, como nos referem também os autores supracitados.

Estas questões surgem do contexto da prática e são pertinentes por se constituírem campo de investigação em enfermagem. A perspectiva de olhar os fenómenos numa complementaridade entre o ser humano e o ambiente distinguir-se-á e definirá, um corpo de conhecimentos organizado e sistematizado (Amendoeira, 2006).

A problemática no âmbito da adesão ao regime terapêutico, tem na sua matriz, conceitos como o de pessoa e ambiente que são essenciais à compreensão dos comportamentos humanos.

A teoria sistémica permite elaborar uma construção teórica ou enquadrar o Modelo dos Sistemas de Neuman, onde os conceitos anteriores (pessoa e ambiente), adquirem um estatuto relevante face ao fenómeno em estudo. Neuman (1995), considera a pessoa como núcleo central do sistema e o ambiente, como interno e externo. Da interacção constante e da procura da estabilidade do sistema, através de uma dinâmica troca de energia, emerge o conceito de ambiente criado.

A pessoa como parte integrante do sistema aberto, constrói perspectivas diferentes e únicas que determinam à partida a adopção de comportamentos adequados que permitam encontrar o equilíbrio. As intervenções personalizadas do profissional de

saúde, deverão centralizar-se no objectivo de ajudar a pessoa a encontrar ou a manter o equilíbrio tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, “...ainda se constata que existem níveis elevados de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde” (Sousa, 2003, p.53).

A actualidade do conhecimento em enfermagem leva-nos a questionar o conceito de pessoa. Sendo o objecto de estudo, as respostas humanas aos processos de saúde, no sentido da capacitação ou da adaptação a novas situações, indica a necessidade de compreender o que conduz o ser humano a optar por determinado comportamento em detrimento de outro. A procura da resposta será no próprio ser humano¹. Mas o que se entende por ser humano?

O conceito de Ser humano é estruturante na Escola do Ser Humano Unitário, cujo objectivo é reivindicar por esta via o conceito de holismo, evidenciando simultaneamente a referência à Teoria Sistémica (Lopes, 1999, p.57). Destacamos Parse (1999), que define ser humano como um ser aberto, com capacidade para agir em sinergia com o universo numa dinâmica de interacção dos limites espaciais ou temporais e considerando-o com liberdade para escolher as suas orientações.

Retomando o foco de investigação, resposta do ser humano face ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico, é influenciada por múltiplos factores que se encontram presentes, independentemente do tipo de regime terapêutico.

A presente problemática motivou-nos à colocação da seguinte questão de investigação:

- Quais as dimensões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos?

Para que este conhecimento se torne fundamentado, será importante a utilização de metodologia científica, que torne a pesquisa o mais credível e coesa possível.

Os objectivos deste estudo de investigação são:

- **Conhecer as expectativas do ser humano em relação ao seu regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico;**
- **Identificar factores que interferem no processo de adesão ao regime terapêutico;**
- **Identificar as estratégias de adesão ao regime terapêutico.**

¹ No corpo do trabalho usamos o termo pessoa, independentemente de adquirir estatuto de conceito como pessoa ou ser humano.

O desenvolvimento na compreensão das dimensões das respostas humanas a partir das interacções, orientou-nos para um paradigma qualitativo, onde o raciocínio indutivo fez emergir as questões e a centralidade em termos sociais esteve patente. Os participantes e investigador estiveram em proximidade no sentido da partilha de conhecimentos procurando não alterar o ambiente onde o fenómeno acontece.

Recorremos à etnometodologia, com o objectivo de compreender a vida do ser humano e os significados das suas acções e acontecimentos. Daí a decisão de realizarmos as entrevistas no domicílio dos participantes e no momento em que os mesmos consideraram mais oportuno, o que permitiu o respeito pela privacidade e liberdade dos mesmos.

Por outro lado, como em termos de estudo, nos baseamos nas respostas humanas face a um fenómeno específico e em contexto também ele, muito restrito, procedemos a uma análise estrutural, a qual contribuiu para encontrarmos associações das dimensões, que norteiam o ser humano para a resposta á adesão ao regime terapêutico, as quais se encontram em dissociação com outras que o norteiam para a não adesão ao regime terapêutico.

O corpo do trabalho é constituído por três partes:

A parte I - Concepção Teórica, onde sistematizamos os conceitos que integram a nossa problemática e que relevamos o conceito de ser humano, de ambiente e de adesão, mobilizando os mesmos para a integração da teoria sistémica.

A parte II- Estrutura Metodológica do Estudo, orientou a metodologia de investigação que utilizamos, de que relevamos o método de análise numa construção estruturalista, cujos autores se evidenciam, Hiernaux, (1997); Polit e Hungler, (2004); Streubert e Carpenter, (2002) e Caria (2002).

A parte III – Análise Estrutural da Compreensão do Fenómeno, evidenciamos a construção de um esquema de análise baseado na Teoria Sistémica e no Modelo de Sistemas de Neuman que sustenta a discussão dos dados a partir de dois temas principais, que denominamos: Ser humano como percurso(r) do fenómeno e o Ambiente integrado(r) no/do ser humano.

PARTE I – CONCEPÇÃO TEÓRICA

1 – O SER HUMANO E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO – UM OLHAR SISTÉMICO SOBRE O FENÓMENO

“Sem os outros, a pessoa não saberia que é um ser humano...”

O ser humano emerge de um vasto conjunto de funções vitais que se complementam no seu todo com uma vertente social, relacional, cultural, espiritual e acima de tudo de uma forma sistémica, ou seja, está em constante interacção mesmo em pensamento, quer com o próprio, quer com os outros, uma vez que o próprio pensamento implica vivências e experiências quer vividas, quer desejadas e que faz com que tudo o que o envolve, seja único e singular em todos os momentos da vida. Alguns autores reforçam a dimensão sociológica destes aspectos.

“...os nossos conhecimentos começam pela experiência sensível, mas esta é mediatizada por conceitos, é organizada e estruturada por quadros categoriais próprios do nosso espírito. Ao sustentar, ao mesmo tempo, o papel activo do sujeito na cognição e a possibilidade do conhecimento objectivo do mundo exterior, a ideia de que o conhecimento é mais que uma crença e a de que constitui uma elaboração intelectual...” (Silva e Pinto, 2005, pág. 9).

Sendo esta unicidade algo que se vai construindo ao longo do seu ciclo vital, torna-se evidente que neste longo caminho haja aspectos que se tornam relevantes em termos de valores pessoais e de cidadania, que contribuirão nas várias dimensões do processo desenvolvimentista do ser humano, face à especificidade que o caracteriza, com comportamentos, tomadas de decisão e atitudes únicas e adaptadas a cada contexto social, psicológico e cultural.

Piaget apud Silva e Pinto (2005), desenvolvem estes aspectos considerando a estrutura cognitiva como inteligência, que se vai construindo através das acções, exercendo um papel de transformação, onde acontece um assimilar da realidade e dos conceitos

através do conhecimento, promovendo a construção e identificação dos objectos, numa reciprocidade que conduz ao equilíbrio mental.

A compreensão do ser humano, prende-se muito com todos os domínios conceptuais, desde cognitivos, sociais, culturais e espirituais.

No âmbito de consolidarmos de forma científica o conceito – Ser Humano, mobilizamos alguns dos autores que o abordam nas dimensões cujas razões se inter-relacionam com o estudo, nomeadamente no que diz respeito à fundamentação desta concepção e não outra.

Sendo pessoa um conceito muito utilizado, no âmbito da disciplina de enfermagem, consideramos ser humano, mais abrangente face à sua centralidade no estudo. Parse apud Mitchell (2004), apesar de referenciar a pessoa, considera-a como seres viventes, mais do que e distintos de qualquer esboço que os dissocie. Esboça o conceito de ser humano inicialmente de forma justificada, numa perspectiva de ser impossível a sua redução a sistemas ou partes que o constituem, tendo em vista a sua compreensão.

Considera as pessoas como “...seres abertos que se relacionam com o universo em múltiplos domínios e que são irredutíveis, imutáveis e reconhecidos como padrões...” (Parse apud Mitchell, 2004, p.594). A abrangência deste conceito, faz emergir algumas dimensões do ser humano como precursor do fenómeno, o que neste âmbito, se coaduna com o que a mesma autora conceptualiza em termos da centralidade da questão, cuja abordagem é do ser humano em constante participação com o universo, daí utilizar muitos dos seus conceitos com o prefixo de “Co”, que prediz “ em conjunto”.

Para Parse (2004), o ser humano na sua relação com o universo, integra todas as ligações com outras pessoas, com ideias, com projectos, com os antepassados, com a história e a cultura. Considera-o aberto, intencional, com conhecimento específico e presente no mundo.

“...Postula que o ser humano, é uma unidade do ser com o não-ser – vivendo de uma vez o que existe e o que não existe (...) está presente no mundo numa relação dialéctica, conferindo significado aos projectos que emergem no processo de tornar-se num ser. Co-participam nos projectos quando escolhem viver certos valores...” (Parse apud Mitchell, 2004, p.595).

É importante compreendermos que este conceito, surge ao preconizarmos o ser humano na centralidade do sistema, nomeadamente naquilo que a autora conceptualiza, como a impossibilidade do ser humano agir ou estar isolado, mesmo em relação ao tornar-se um ser, está no mundo com os outros, até o nascimento é realizado com outros. “...*Sem os outros, a pessoa não saberia que é um ser humano...*” (Parse apud Mitchell, 2004, p.595).

Emergem nesta teoria alguns aspectos relacionados com o auto-conceito, auto-conhecimento, uma vez que os seres humanos estão sempre a escolher, quer formas de ser, quer formas de estar, tendo em conta prioridades de valor, o que os leva a tomadas de decisão importantes nas suas vidas.

O ser humano enquanto sistema, é conceptualizado do ponto de vista sociológico como a parte do todo, cuja interacção com as outras partes, acontece perante avanços e retrocessos, sendo por conseguinte esta dinâmica, que contribui para o desenvolvimento do ser humano no seu todo. Esta constante interacção, só é possível porque em termos globais, segundo a evolução das sociedades, é incontornável o facto de se afirmar que todo o ser exerce influência e sofre influências directas ou indirectas de tudo o que o rodeia, sem sequer colocarmos conotação negativa ou positiva nas mesmas.

No entanto, não será esta especificidade o ponto fulcral deste estudo, uma vez que o ser humano integra no seu todo a diferença em relação aos outros seres. Para além de todas as características já conhecidas, relevamos a capacidade de decidir, face às suas convicções, sem que para isso estejamos a falar de decisões acertadas, e que de forma consciente o torna responsável pelos seus próprios actos.

Ao ser humano não seria possível adquirir conhecimentos pelas suas experiências, se estivesse isolado do mundo, até porque é sociável, sobrevive e adapta-se ao seu meio. Desde que nasce, traz consigo um ambiente próprio, que posteriormente desenvolve, mantém e se adequa ao que encontra. Uma das questões que afirmam Berger e Luckmann (1973, p.14), como início da sociologia do conhecimento é que “...*todo “conhecimento” humano desenvolve-se, transmite-se e mantém-se em situações sociais...*”.

Referem ainda que, “...*é impossível que o homem se desenvolva como homem no isolamento, igualmente é impossível que o homem isolado produza um ambiente*

humano (...). A humanidade específica do homem e sua socialidade estão inextricavelmente entrelaçadas...” (Ibidem).

Podemos constatar os aspectos relacionados com o conhecimento organizado a partir do sujeito, que nos traduz aquilo que Zemelman, apud Sousa Santos (2003), aborda como espaços de possibilidade, concretizado no problema em estudo, pois a preocupação é a de conseguirmos perceber o fenómeno no contexto do ser humano. Fundamenta a razão da acção, tendo em conta que todos os sujeitos têm o seu conhecimento específico, construído de acordo com as suas capacidades cognitivas, socioculturais e até espirituais. A CIPE/ICN, Versão Beta 2 (2003, p. 43), define esta razão para a acção como, “...*motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa...*”

Esta percepção do ser humano com conhecimento específico, fundamenta a sua capacidade de racionalidade, unicidade e relação. É assim reconhecido, como um ser intencional, com base na razão, no entanto, motivado por crenças e valores individuais. Cada ser humano revela assim na sua existência, o cuidado em si, o empenho para com os outros, assim como a preocupação e ocupação pelo mundo (Margarida Vieira, 2007).

Wallerstein, apud Sousa Santos (2003), refere que a reestruturação da realidade social pode ser compreendida como uma multiplicidade de padrões de comportamento, que é o campo da nossa investigação, procurando eliminar os pressupostos do que é universal, para uma verdade racional, cuja proximidade com a realidade social específica será a melhor alternativa.

Torna-se então de crucial importância, compreender os conceitos para podermos analisar de forma congruente todas as dimensões do conhecimento que possam daí relevar-se para o estudo a que nos propusemos. O que realmente emerge, face ao ser humano é a interacção constante face ao ambiente e o seu desenvolvimento enquanto pessoa. Resultam desta interacção processos de adesão ou não adesão, independentemente do regime terapêutico instituído ou preconizado pela própria pessoa ou por outros actores sociais, quando confrontada com aspectos que têm que ser ponderados e tomadas de decisão referentes à sua experiência de vida.

Silva e Pinto (2005), apresentam de forma explícita esta interacção constante, quando referem que os homens, são seres sociais com práticas materiais e simbólicas, em relação constante com a natureza e com outros homens, constituindo grupos desde as

famílias, às sociedades. Estas práticas concebem instituições, condutas, novas realidades e acontecimentos, em suma, materialidades sociais com propriedades estruturais próprias e que condicionam a produção das mesmas práticas.

No sentido da construção desta problemática, essencialmente baseada numa abordagem sobre conceitos, que de forma directa ou indirecta contribuem para o desenvolvimento do ser humano, valorizamos nomeadamente, a interligação com o contexto específico do estudo, emergindo assim, os aspectos culturais e espirituais.

Relativamente aos aspectos culturais, encontramos algumas ideias interessantes que nos ajudam a cimentar a opção de um estudo, tendo por base as razões que levam o ser humano a aderir ao regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico, no seu contexto, onde a cultura ocupa um papel preponderante no seu desenvolvimento, na sua forma de estar e de agir.

A perspectiva cognitiva, ajuda a compreender as dimensões que o ser humano mobiliza face ao seu desenvolvimento sociocultural e espiritual e que contribui na forma de estar, de sentir e de agir perante os fenómenos que lhe surgem no seu dia-a-dia. Mannheim apud Berger e Luckmann (1973), conceptualizaram uma ideologia não só como o pensamento do outro, como o do próprio, referindo que não existe pensamento humano isento de influências ideologizantes do seu contexto social.

Perante estes aspectos, Berger e Luckmann (1973), caracterizam tipificações, a maioria dos encontros do ser humano com outro, têm um carácter de duplo sentido, com uma apreensão mútua do tipo e uma interacção baseada naquilo que é apreendido por um em relação ao outro, o que traduz os comportamentos que em termos sociais se podem designar de típicos.

Estas tipificações estão integradas naquilo que os autores designam de estrutura social, ou seja, o somatório e os padrões recorrentes de interacção que se constituem, são consideradas um elemento primordial da realidade da vida quotidiana.

A pesquisa no terreno envolve o contexto de análise, o investigador e os instrumentos teóricos. Raposo (2003), considera o terreno como um campo onde são vivenciadas experiências, discursos e representações únicas que se traduzem numa partilha de acções. Esta partilha, constitui de alguma forma a cultura que abordamos e relaciona-se com outro aspecto importante abordado por este autor, a autenticidade cultural, cuja particularidade engloba o contexto específico onde o estudo acontece, uma vez que a

cultura apesar de se poder definir de forma generalizada, tem sempre nos diferentes contextos, autenticidades que a torna única.

O ser humano, como sistema aberto e permeável às influências externas e internas, desenvolve todo o seu conhecimento, tendo em conta as suas experiências vividas, onde emergem transversalmente estes aspectos de ordem cultural e que constroem de forma articulada e integrada a sua realidade social.

No que diz respeito à dimensão espiritual, relevamos a definição de papéis, que em contexto, estão instituídos e cujo ser humano os aceita face à sua posição no fenómeno em estudo. A constatação da necessidade de cumprir um determinado regime terapêutico, incute-lhe o dever de obediência, ou seja, o comportamento esperado perante o fenómeno, será o de adesão.

No entanto, este dever pode ser obliterado, dependendo da perspectiva do ser humano, consoante este se sinta de alguma forma responsável pelo seu cumprimento ou não. De qualquer forma, seja qual for o resultado, surge aqui, aquilo que Berger e Luckmann (1973), designam de auto consciência no papel esperado, cuja dimensão se prende muito com a componente espiritual, nomeadamente a aceitação do que é socialmente instituído, neste caso concreto, os conhecimentos das ciências da saúde.

Em termos individuais o ser humano desenvolve a componente espiritual, tendo em conta a sua experiência vivida a nível familiar, social e cultural. Esta componente é tanto ou mais abrangente e edificadora, quanto maior significado o ser humano lhe atribui na sua vida. O que emerge do ser humano, enquanto ser espiritual, está intimamente relacionado com este significado. A identificação total do ser humano com as tipificações citadas anteriormente, atribuídas a nível social, pode ser positiva ou negativa, acentuando os seus valores (Berger e Luckmann, 1973).

Numa concepção em que o ser humano é o centro, por vezes emergem crenças relacionadas não só com o próprio, mas também com as que são oriundas do exterior e que influenciam directa ou indirectamente a sua conduta face ao fenómeno da adesão ao regime terapêutico. Estudos realizados por Park e Jones (1997) e Horne e Weinman (1999), apresentam nas suas conclusões evidência científica, de que as crenças individuais no tratamento aconselhado e as representações da doença parecem ser mais relevantes na adesão ao regime terapêutico que as variáveis clínicas ou os factores sócio-demográficos (Horne e Weinman; Park e Jones apud Sousa, 2003).

As crenças têm “*per si*”, uma responsabilidade na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em conta que poderão de certa forma incutir algumas ideias preconcebidas que surgem normalmente do senso comum. Por exemplo, o costume de alguns seres humanos beberem chá, porque têm a crença que faz bem. Se essa crença não trazer malefícios para o ser humano em questão, poderá até ser uma forma de tornar a mesma como um hábito a adquirir naquela situação específica. Será benéfico desmistificar esta crença que o ser humano tem, sem primeiro perceber o que o leva a adoptar este tipo de hábito?

O importante será perceber como tem vindo a evoluir o ser humano quanto ao fenómeno da adesão ao longo dos tempos a nível internacional, uma vez que poderemos assim mobilizar para a nossa realidade em estudo, ou seja, compreender as dimensões que levam a pessoa a aderir ao seu regime terapêutico, quer seja farmacológico, quer seja não farmacológico. No sentido de complementar, alguns estudos têm sido feitos, que relatam o percurso do ser humano no assumir de um determinado regime terapêutico, cujos resultados revelam que a presença de sintomas aumenta a adesão a quaisquer dos regimes terapêuticos, e a sua ausência o processo contrário (DiNicole e Matteo apud Ribeiro, 1998).

Segundo os mesmos autores, em relação ao nosso país, esta situação não é conhecida em termos de dimensão, apesar de se ter a percepção de que cerca de 50% da população não adere ao regime terapêutico.

A preocupação, em conhecer o fenómeno nas mais diversas culturas, onde os hábitos e histórias de vida se apresentam de forma diferente face a outros seres humanos, cujos factores que os levam a aderir, não terão nada de semelhante com a realidade contextual em que o presente estudo é realizado, leva-nos a constatar que existem estudos a nível internacional que demonstram resultados ainda mais significativos que relacionam a tomada da decisão nos processos de adesão ao regime terapêutico. Um estudo revela que, “...nos Estados Unidos da América e Inglaterra, em cerca de 750 milhões de novas prescrições escritas em cada ano há 250 milhões (cerca de 1/3) que são parcial ou não seguidas de todo...” (Turk e Meichenbaum apud Ribeiro, 1998, p.292).

Segundo André (2005), alguns estudos foram realizados, mas focalizados apenas num factor ou outro, assim como em contextos muito específicos e bem delimitados, cujos resultados, só têm validade no contexto em que foram estudados.

No entanto, Ramalinho (1994), contribuiu de forma referencial com um estudo sobre a avaliação da adesão à medicação em indivíduos hipertensos, do qual emergiram resultados idênticos aos encontrados a nível europeu, o que segundo André (2005, p.47), “...nos leva a crer que o problema da não adesão em Portugal apresentará contornos semelhantes aos de outros países ocidentais...”

A perspectiva quantitativa dos estudos acima referenciados, apesar de ser importantíssima, direcciona os estudos para a dimensão fenómeno adesão e não adesão, nomeadamente com o objectivo de medir através de escalas psicométricas os níveis de adesão dos indivíduos inquiridos.

Ao pretendermos estudar as razões que levam o ser humano a aderir a um determinado regime terapêutico, percebemos de imediato, que todos os estudos aqui mencionados, poderão trazer contributos para o presente estudo. No entanto e de acordo com o problema em estudo, os objectivos delineados e a metodologia utilizada consideramos relevante a realização do mesmo.

Para além do conceito de ser humano, também o conceito de sistema adquire relevância na concepção teórica do estudo.

Para a definição de sistema, consideramos que é um todo que funciona enquanto todo, face à interdependência das suas partes (Johnson apud Brown, 2004).

No entanto, tendo em conta que este trabalho tem no seu desenvolvimento uma perspectiva integrada na disciplina de Enfermagem, consideramos este conceito muito redutor, não valorizando três aspectos essenciais, que um sistema apresenta, o meio, a interacção e a razão. Esta perspectiva, está presente no Modelo de Sistemas de Neuman, com uma definição de sistema baseado em três eixos principais, o ser humano, os stressores e a sua resposta aos mesmos, sendo esta complementaridade que compõe o sistema no seu todo.

1.1 – CONTRIBUTOS DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, NA PERSPECTIVA CONCEPTUAL DO FENÓMENO.

Ao considerarmos o ser humano precursor do fenómeno de adesão, parece-nos que o modelo de Sistemas de Betty Neuman nos ajuda a compreender e evidenciar a forma como o fenómeno se desenvolve no contexto da investigação.

Neste contexto, o ser humano como um sistema aberto, onde a reciprocidade com os outros sistemas se torna evidente, emerge uma dinâmica aberta em que o ser humano e o ambiente são unificadores, exercendo como que o ponto de equilíbrio, cuja finalidade é o bem-estar e a harmonia entre eles.

O fenómeno – Adesão ao regime terapêutico, enquanto foco de atenção de enfermagem, é um fenómeno sujeito a Stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a especificidade do ser humano e da situação, e que contribuem para que o fenómeno enquanto resposta humana, possa ser adequada ou não. Neuman (1995), considera que o sistema/cliente tem variáveis de ordem fisiológica, psicológica, sócio-cultural, espiritual e desenvolvimentista, sendo neste estudo evidenciadas algumas dimensões.

Por estas razões, consideramos que o Modelo de Sistemas de Neuman, nos traz contributos enquanto suporte teórico para compreendermos as respostas humanas, face ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico. Os conceitos que Neuman define, construíram a base do nosso raciocínio, tendo em conta que o estudo, se realizou numa comunidade cujas especificidades emergem de forma natural, ou seja, de imediato nos identificamos pelo facto de partirmos do particular.

Perante uma abordagem sistémica em que o ser humano é sem dúvida o centro de todas as referências conceptuais, o contributo deste modelo de sistemas parece-nos fundamentar a estrutura conceptual do estudo realizada cujo foco de atenção é a adesão ao regime terapêutico, sendo a questão de investigação: **Quais as dimensões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos?**

Enquanto disciplina, a enfermagem poderá basear-se em vários modelos conceptuais, tendo em conta o contexto e para quem são dirigidos os seus conhecimentos. Sendo uma disciplina com conhecimento científico, baseia-se também nas outras ciências, numa interdisciplinaridade cujo objectivo é a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa no seu processo de saúde/doença.

Contudo sendo uma disciplina, em que o objecto de estudo identificado pelo ICN - “*As respostas humanas aos processos de saúde/doença*”, não tem só uma vertente formativa e profissional, integra também a investigação como processo de constante desenvolvimento e cuja função essencial é a produção de conhecimento e a validação do já existente. Neuman (1995), aborda estas questões da componente formativa e prática, como sendo interdependentes e mutuamente interagindo com o ambiente.

Como em termos do objecto de estudo, pretendemos compreender as respostas humanas face ao fenómeno da adesão, baseamo-nos no Modelo de Sistemas de Neuman. A justificação prende-se com o que a própria autora do modelo refere que a complexidade dos fenómenos de enfermagem pode ser colocada numa lógica e empiricamente validada numa perspectiva sistémica² (Neuman, 1995).

Apresentamos assim uma adaptação do esquema do Modelo dos Sistemas para uma melhor visualização, como podemos observar na figura nº1.

² “...Complex nursing phenomena can be placed within a logical and empirically valid open system perspective...”

Neuman (1995), considera o ser humano como único, com conhecimentos próprios, características pessoais inatas. Refere a importância dos vários factores relacionados com o ambiente, a sua potencial influência enquanto stressores do sistema e a relação entre o ser humano e as diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. E considera a presença de linhas flexíveis de defesa, cuja energia, tendo em linha de conta as variáveis e a sua relação com os stressores, suporta o equilíbrio e a estabilidade do sistema.

Por último as três proposições restantes abordam as questões relacionadas com prevenção primária, secundária e terciária. Considera por último o ser humano como um sistema dinâmico em constante troca de energia com o seu meio ambiente (Neuman, 1995).

Enquanto níveis de prevenção poderemos evidenciar, em termos específicos, o que cada um focaliza:

Prevenção primária: situa-se na fase de identificação dos stressores que possam causar desequilíbrio ao sistema, sendo portanto ao nível do risco, ou seja, procura prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo a linha flexível de defesa e diminuindo a possibilidade de reacção. Promove assim alguns objectivos que se coadunam com, o informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar.

Prevenção secundária: situa-se na fase da monitorização dos stressores, tendo em vista a protecção da estrutura básica, envolvendo já o tratamento, mas mobilizando os recursos do sistema, quer internos, quer externos para a sua estabilização e conservação da energia, fortalecendo as linhas internas de resistência. Promove objectivos que se coadunam com, o monitorizar, optimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o ser humano apresente uma menor reacção e ao mesmo tempo aumente os factores de resistência.

Prevenção terciária: situa-se já na fase posterior ao tratamento activo, focalizado na readaptação face à estabilidade do sistema, com um objectivo principal, cujo foco é aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reacções. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária. Promove objectivos que se coadunam com, estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar, para que o ser humano enquanto

sistema possa vir futuramente a identificar os stressores e ele próprio criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio e com nível óptimo de estar (Neuman apud Freese, 2004, p.339).

Perante estes aspectos relacionados com as proposições e fazendo parte do modelo enquanto constructo do mesmo, passamos para os conceitos metaparadigmáticos da disciplina de enfermagem, cuja definição caracteriza muito bem o estudo em curso.

Neuman (1995), além dos quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, define outros conceitos que se entrecruzam com estes de forma indirecta ou directa, o que implica uma boa visão do modelo, para compreendermos os conceitos que estamos a utilizar, entre eles, surge-nos de imediato o ambiente, considerado como todos os factores internos e externos ou influências ambientais. O cliente pode ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento. O ajustamento do sistema pode alterar as respostas do cliente, evidencia por isso o output, o input e o feed-back entre o cliente e o ambiente como um círculo natural.

Um dos conceitos mais importantes a referenciar é o de ser humano. Segundo Neuman apud Freese (2004, p. 340), pessoa é:

“...enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser indivíduo, família, grupo ou comunidade ou questão social (...) é um composto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais, espirituais e de desenvolvimento (...) em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interacção recíproca com o ambiente...”

Apresenta uma definição do que considera ser, pessoa, enquanto sistema, nomeadamente integrando os aspectos que no seu todo contribuem para o ser pessoa, ou seja, aborda-o como uma composição de variáveis, já supra citadas, em que cada um é parte do todo e o seu conjunto forma o cliente. O cliente é um sistema composto por uma estrutura básica concêntrica, com factores essenciais e círculos que actuam como protectores do sistema. Estes círculos funcionam como escudos e são compostos pelos stressores, as variáveis e as diferentes proposições que no seu conjunto actuam face a reter, proteger ou manter a estabilidade e integridade do sistema – o cliente, numa dinâmica que conjuga todas as partes do sistema. O cliente é considerado como um sistema aberto em total inter-relação com o ambiente.

Perante este conceito, podemos desde logo compreender a perspectiva do estudo, uma vez que face aos objectivos, a questão inicial e que despoletou a realização do mesmo, tem por base o ser humano enquanto centro do fenómeno.

Concomitantemente, o facto de centrarmos a nossa atenção no ser humano, é imperativo ter em conta outros conceitos, uma vez que como o próprio modelo o conceptualiza, ou seja, como um sistema aberto, se depreende, interacções com outros elementos e que fazem parte do modelo; estamos a falar do ambiente, cuja definição também nos trouxe contributos para compreendermos melhor o ser humano em contexto social, cultural e espiritual.

Neuman apud Freese, (2004, p.340), define “ *O ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas (...) sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema...* ”

Também no que diz respeito ao sistema identificamos uma grande interligação entre os vários componentes do modelo, ou seja, a identificação de um conceito que em termos do estudo realizado, contribui no sentido de se compreender melhor as respostas humanas em relação ao fenómeno, a reconstituição: “*é o estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo (...) estão incluídos factores intrapessoais, interpessoais, extrapessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente.*” (Neuman apud Freese, 2004, p.340)

Quanto a estas variáveis, consideramos que enquadram de forma científica, as dimensões que identificamos durante a análise, uma vez que teoricamente o que Neuman identifica nestas variáveis, se coaduna com aquilo que encontramos no estudo, sendo portanto um suporte para a fundamentação dos resultados encontrados.

Neuman apud George (1995, p.228) define, “ *A **variável fisiológica** refere-se à estrutura e às funções do organismo. A **variável psicológica** refere-se aos processos mentais e relacionamentos. A **variável sócio-cultural** refere-se às funções do sistema relativas às expectativas e às*

atividades sociais e culturais. A variável desenvolvimentista refere-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida. A variável espiritual refere-se à influência das crenças espirituais.”

Outro conceito que emerge no Modelo dos Sistemas – os *stressores* – cuja influência é uma componente crucial no âmbito dos dois conceitos que temos vindo a considerar neste estudo, face às dimensões que deste possam surgir. Os stressores são os estímulos quer externos, quer internos de ambos os conceitos que exercem, quer positivamente, quer negativamente influência face às decisões, atitudes, comportamentos relacionado com o ser humano, quanto ao ambiente, são predominantemente questões sócio-culturais.

Neuman apud Freese (2004, p.338), conceptualiza stressores como “...*estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. Podem ser:*

- 1. Forças intrapessoais que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas.*
- 2. Forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função.*
- 3. Forças extrapessoais que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras...”*

Um outro conceito importante que emerge, é o de processo ou função, em que a autora aborda os aspectos relacionados com a capacidade do ser humano se adaptar, o que está muito relacionado com o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, uma vez que este tem que se adaptar e criar novos hábitos no seu dia-a-dia, para poder aderir de forma adequada ao regime terapêutico, seja este farmacológico ou não farmacológico.

“ Processo ou função: O cliente é um sistema capaz tanto de input como de output relacionado com... influências ambientais, que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si” (Neuman apud Freese, 2004, p.338).

Tendo em conta este conceito, a CIPE/ICN, Versão B₂, contempla nos dois eixos principais para identificação dos fenómenos de enfermagem, o Ser Humano e o Ambiente. O eixo relacionado com o Ser Humano, ramifica-se em indivíduo e grupo e

no eixo do indivíduo, emergem aspectos inerentes à função e à pessoa. Nesta perspectiva da CIPE/ICN, Versão B₂ (2003), ao falarmos de função estamos a utilizar uma linguagem classificada.

Neuman apud Freese, (2004), nos seus pressupostos, refere a importância do ser humano como único, mas em que os factores comuns e as características inatas se enquadram numa determinada variedade de respostas que fazem parte de uma estrutura básica. Enquanto sistema, o ser humano está em constante e dinâmica troca de energia com o ambiente.

Evidentemente que não pretendemos colocar aqui os conceitos de uma forma exaustiva, mas sim os aspectos que nos ajudaram a compreender o ser humano enquanto percussor de um fenómeno e ao mesmo tempo o ambiente como integrador do próprio ser humano.

É neste contexto que surge este modelo como enquadramento conceptual do estudo em questão, uma vez que, numa perspectiva holística, as respostas humanas a um fenómeno, têm por base toda esta perspectiva sistémica, nomeadamente, poderemos até exemplificar como sendo pequenos núcleos que se inter-relacionam mas que face a uma pequena alteração do percurso ou até da forma como esse percurso se desenvolve, leva a uma reorganização do sistema. Esta é uma das vantagens do modelo de Neuman, ou seja, poderemos utilizar os seus conceitos e os seus pressupostos tanto em situações de grande complexidade, como em situações menos complexas.

Consideramos importante referir, que nesta definição surgem três tipos de ambiente, face à dinâmica proveniente da troca de energia entre o cliente e o ambiente:

- ambiente interno, que se prende com o cliente enquanto sistema;
- ambiente externo, que corresponde ao inter e extra pessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente;
- ambiente criado, cuja relação é dinâmica e representa a mobilização por parte do cliente de todas as variáveis, principalmente das psico-socioculturais. Este é associado à estrutura básica dos factores energéticos, com direcção para a integração, estabilidade e integridade do sistema, desenvolve-se de forma inconsciente, emerge enquanto símbolo do todo que é o sistema, resultado da troca de energias entre os dois ambientes, nomeadamente pelo facto de ser um sistema aberto. Segundo um estudo de Lazarus (1981), este ambiente tem como função ser um escudo protector, envolvendo o

ambiente interno e externo, favorecendo o isolamento, o que pode nomeadamente mudar as respostas do sistema do cliente aos stressores, por conseguinte ser um estímulo positivo na procura da saúde do ser humano (Neuman apud George, 1995).

Quanto ao conceito de saúde, Neuman (1995), define-o como uma harmonia de interacção entre o sistema cliente tendo em vista o bem-estar. Saúde para o cliente no Modelo dos Sistemas, equivale à sua estabilidade, considerado como o melhor estado de saúde para o cliente. Este conceito de saúde, está intimamente relacionado com os outros componentes do modelo, ou seja, a relação dinâmica do cliente com as variáveis, com os stressores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores.

Neuman (1995), considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do cliente para preservar e acentuar a integridade do sistema. Esta troca de energia deve ser constante entre o cliente e o ambiente, sendo que estes níveis de energia estão em constante interacção face aos possíveis stressores. Surgem conceitos importantes face ao conceito principal, por se encontrarem directamente implícitos no mesmo, isto é, consoante os níveis de energia disponíveis no sistema, assim serão as respostas do ser humano aos agentes stressores.

Assim referenciamos o conceito de entropia, cuja direcção do sistema é no sentido da doença, traduzindo-se nas necessidades de energia serem superiores às que o sistema pode disponibilizar. Contrariamente, surge o conceito de negentropia, cuja direcção é o bem-estar, onde os níveis de energia disponíveis ou com possibilidade de ser gerada excedem as necessidades. Considera-a também, como uma condição, em que todas as partes do sistema se encontram em harmonia com o todo, que é o cliente (George, 1995).

Ainda inerente a este conceito, Neuman (1995), aborda-o como bem-estar, cuja definição evidencia a harmonia entre as partes do sistema do cliente, sendo o resultado a satisfação das suas necessidades.

Também relacionando este conceito com a linguagem classificada, a CIPE/ICN, Versão B₂ (2003) apresenta-o dentro do eixo da pessoa e da razão para a acção, onde do auto-conhecimento ele emerge. Assim, bem-estar é definido como: “...*imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e*

que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência...” (CIPE/ICN Versão B₂, 2003, p.43).

Este conceito de saúde, evidencia uma perspectiva centrada no ser humano, uma vez que o bem-estar, só poderá ser atingido se o próprio integrar estes aspectos e com eles poder fortalecer as linhas flexíveis de defesa, que são parte inerente do sistema.

Esta perspectiva é importante, no sentido de que o ser humano face a um determinado fenómeno, utiliza de forma intrínseca estes aspectos para poder assim responder ou não, aos estímulos que lhe surgem no seu dia-a-dia.

No que diz respeito ao conceito de enfermagem, Neuman (1995), define-o como uma profissão única preocupada e em interacção com todas as variáveis que interagem com os clientes no seu ambiente.

Esta perspectiva do processo de cuidados centrada no ser humano, emerge deste conceito enquanto preocupação de uma disciplina, cujo corpo de conhecimentos se constrói a partir de uma cooperação constante entre a explicitação dos saberes em contexto do trabalho e do ensino.

“...O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades das pessoas, distancia-se do trabalho standardizado (tarefa), assume essencialmente as características de trabalhador técnico-intelectual. A utilização de um “saber” adaptado à singularidade da situação – problema e das pessoas com quem está em interacção, torna-se na única forma de conhecimento reconhecida e não dependente de outros...” (Amendoeira, 2006, p.26).

Segundo o mesmo autor (2006), a contextualização do cuidar ocorre numa perspectiva dialéctica, onde o contexto do processo de cuidados e da academia, são considerados como locais de (re)produção de acordo com os processos derivados dos confrontos dos saberes das várias áreas disciplinares, integrando assim a transversalidade, que emerge como um conceito de extrema importância na formação em saúde.

Paiva apud Amendoeira (2006), evidencia uma questão central, relacionada com a capacidade de se estabelecer relações interpessoais, valorizando os conhecimentos acerca da pessoa, das suas histórias de vida, das suas vivências, dos seus processos de transição, que vai para além do conhecimento formal, que contribui para o enfermeiro

mobilizar, no sentido da humanização face ao cuidado de enfermagem, como uma componente promotora do bem-estar da pessoa.

Neste âmbito, este modelo confere uma preocupação pelo todo, numa interacção constante com as partes do mesmo, nomeadamente, porque integra na sua estrutura o conceito de holismo. A importância atribuída a este conceito, confere aquilo que consideramos a articulação do todo ou das partes do todo numa relação constante e dinâmica, cujo objectivo é a harmonia do sistema/cliente.

Todo este enquadramento conceptual, tendo em conta a perspectiva deste estudo, permite compreender as respostas do ser humano face a um fenómeno, cujo foco de atenção neste âmbito, se contextualiza na disciplina de enfermagem.

1.1.1 – Factores que Influenciam o Fenómeno de Adesão ao Regime Terapêutico

Considerando os “factores” inerentes ao Modelo dos Sistemas, numa perspectiva mais vasta e abrangente, torna-se necessário concretizar os factores que caracterizam o fenómeno em estudo.

A perspectiva de identificar factores cuja responsabilidade esteja relacionada com o fenómeno de adesão ao regime terapêutico, contribui para compreendermos de forma mais integrada, as razões que levam o ser humano a aderir ou não a determinado regime terapêutico.

A percepção relacionada com a denominação de factores surge em muitos autores de forma diferente, ou seja, denominados como variáveis, mas que em termos de constructo teórico, abordam os mesmos aspectos. Em todos os conteúdos pesquisados, encontramos factores relacionados com o ser humano e com o ambiente, em que a abrangência deste último, se ramifica em aspectos como tipo de tratamento, efeitos secundários e a expectativa face aos resultados, tempo de tratamento, complexidade do tratamento, situações de stress ou outros aspectos que o possam causar, como o trabalho, etc...

Galán (2004), considera estes factores como dois tipos de variáveis, que se relacionam com o ser humano e com a situação vivenciada. Pelo que identifica as variáveis relacionadas com o ser humano: idade, percepção e identificação dos sintomas do

problema de saúde presente, deficit de conhecimentos e de estratégias para a adesão, crenças e percepções individuais de saúde, benefícios do tratamento, capacidade de adaptação e manutenção do regime terapêutico.

As variáveis relacionadas com a situação, evidenciam a complexidade do tratamento, grau de adversidade, ausência de resultados a curto prazo, efeitos secundários desagradáveis, duração do tratamento, apoio ambiental no qual insere o stresse e por último, mas com um peso positivo, Galán (2004), refere a família como factor importante na promoção da adesão.

Outros autores abordam esta questão dos factores especificando algumas características que se relacionam mais com a personalidade do ser humano face ao estímulo da necessidade de aderir e a sua resposta, que segundo Bernstein (1989), pode ser influenciada surgindo de facto, em seis comportamentos:

- 1- Doentes e familiares que acreditam que em certas doenças não têm qualquer tipo de controlo sobre a sua evolução, sentem-se incapazes – visão fatalista;
- 2- Doentes que unicamente por ficarem limitados, num determinado grupo de prazeres da vida, como comer, beber ou mesmo fumar, resolvem não abdicar dos mesmos e não aderem;
- 3- O stresse, como agente de não adesão, ou seja, interfere com a capacidade de lidar com as mudanças, ex: o gasto num determinado medicamento, estando em risco a situação económica familiar, faz com que o sentimento de culpa se exacerbe e o ser humano reduza as tomas ou deixe mesmo de tomar, para não sobrecarregar;
- 4- O desenvolvimento natural do processo em jovens com uma doença crónica, que pelas suas características resistem à implementação de um tratamento, promovendo assim pela atitude a sua autonomia. No caso dos idosos é a dificuldade na aceitação do processo de envelhecimento, que não permite uma boa articulação com os processos de adesão;
- 5- A não-aceitação da gravidade de uma doença ou sentimentos de que estar doente é sinal de fraqueza, criando expectativas de autocontrolo da doença erróneas;

- 6- As pessoas que sentem, que pelo facto de se encontrarem doentes, são motivo de maior preocupação por parte da família, portanto exacerbam a doença, no sentido de ter mais atenção e por isso não aderem ao regime terapêutico;

Todos estes aspectos, estão relacionados com o processo de não adesão, umas vezes intencional, outras, não intencional, depende portanto dos factores que estão inerentes a cada situação apresentada.

A importância dos factores nesta temática, emerge por haver a necessidade de compreender as razões que levam o ser humano a aderir a determinado regime terapêutico, pelo que se torna imprescindível a sua identificação para que na fundamentação e análise dos dados estes possam ser mobilizados numa perspectiva de conceptualizar cientificamente os resultados encontrados.

A OMS (2001) e Bastos (2004) identificam factores relacionados com a pessoa, com o sistema de saúde, com o ambiente e com a doença; apresentando para cada vertente desta relação, alguns dados que ajudam a compreender o porquê de determinadas respostas humanas face ao fenómeno.

Relacionado com o sistema de saúde e com a própria equipa, apresentam os factores que podem influenciar a adesão, de forma negativa: as características do sistema de saúde, o conhecimento, as atitudes e as competências dos profissionais de saúde.

Wikblad (1991) e Bastos (2004), identificaram as expectativas dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados, onde surge a preocupação com:

- a continuidade, com o objectivo de personalizar e criar uma relação mais profunda;
- a acessibilidade, com o objectivo de permitir a melhor forma da pessoa poder ter sempre acesso aos cuidados;
- a individualização, que orienta para olhar a pessoa como única e singular; o suporte que garante à pessoa ter sempre alguém a quem recorrer face a questões relacionadas com o seu regime terapêutico ou outras situações;
- a responsabilidade da equipa em fomentar a autoconfiança da pessoa, na sua capacidade para o autocuidado e autogestão do seu problema de saúde;
- a competência cujo reconhecimento deve estar patente face à equipa de saúde e a educação, que está directamente relacionada com a informação que a pessoa

tem que pode não ser suficiente, um exemplo, partirmos do princípio que a pessoa que tem diabetes há muito tempo, já sabe tudo sobre esta doença.

Um outro estudo aborda a promoção da adesão através do aperfeiçoamento da comunicação oral, Ley apud Odgen (1999), sugere que devemos ter em conta os seguintes aspectos:

- Efeito primazia, com a perspectiva de que a pessoa retém sempre o que ouve em primeiro lugar;
- Explicação, face à importância do regime terapêutico;
- Simplificação e repetição em termos de informação;
- Ser claro na exposição;

Neste âmbito, e de acordo com De Geest et al. (1994); Lo (1999); OMS (2001); Enriquez et al. (2004) a qualidade da interacção entre o doente e o profissional de saúde, é talvez, o factor mais importante na adesão.

Outros factores, são os que estão relacionados com o problema de saúde, que influenciam as respostas humanas face ao fenómeno da adesão e que se ligam à forma como a pessoa percebe o risco, ou seja, a percepção do problema orienta a pessoa para a adesão, uma vez que cria objectivos e expectativas face aos resultados, a importância que atribui ao cumprimento do regime, a representação cultural que a doença tem para a pessoa, a presença ou ausência de sintomas, as quais levam a respostas diferentes, a incapacidade instituída pelo problema de saúde, a gravidade do problema e a eficácia do tratamento.

Por outro lado, os mesmos autores identificam os factores relacionados com as características do tratamento, a acessibilidade, a complexidade, os efeitos secundários, nível de acção terapêutica, o esquecimento e alteração da rotina diária.

Perante estes factores, Ramos (1997), Ribeiro (1998), Bennet (2002), referem que registam maior número de adesão do ser humano, em situações agudas do que em situações de prevenção; nos regimes que não exigem alterações significativas ao nível do comportamento; quando apresentam sintomas e até em termos de marcação e assiduidade nas consultas, uma vez que também é um comportamento de adesão a comparência nas consultas marcadas, no entanto, constataram que a adesão às mesmas, era maior quando marcadas pelo próprio.

Ramos (1997), afirma que *“A falta de compreensão do regime terapêutico é responsável por 20 a 70 % da não adesão objectivamente medida”*.

Os factores relacionados com a pessoa, integram os conhecimentos, os recursos, a atitude perante o problema de saúde, as crenças em saúde, as percepções e expectativas, a motivação e força de vontade, auto eficácia, a idade e o género, o suporte social e familiar e os aspectos emocionais.

No sentido de complementar estes aspectos do comportamento, teremos que ter a perspectiva biológica do processo, uma vez que o sistema nervoso é a base do comportamento, e que perante esta vertente, todo o comportamento consiste em reflexos, que segundo Fontes (2000), combina as interacções que o estruturam e que podem ser incondicionadas ou condicionadas. As incondicionadas relacionam-se com aquilo que é inato ao ser humano, é o que podemos chamar de automático, enquanto as condicionadas, são seleccionadas e previamente orientadas em termos de resposta, o que se associa ao comportamento adquirido.

Perante esta nuance, compreendemos que todas as respostas humanas face aos processos de saúde/doença, do qual abordamos enquanto fenómeno e foco de atenção de enfermagem, têm no seu constructo este tipo de condicionalismos associados ao pensamento e que ajudam na percepção das atitudes e reacções que o ser humano tem face a determinada situação.

O peso destes factores no fenómeno de adesão ao regime terapêutico, seja ele qual for, não é de todo quantificável, até porque, por vezes apenas um, poderá exercer uma maior influência sobre o ser humano, quer seja positiva ou negativa, dependendo do valor atribuído a esse mesmo factor. Além disso, poder-se-á constatar que não são só os factores que influenciam, também os próprios factores são influenciados, quer pelo ser humano, quer pelo ambiente, o que se traduz pela perspectiva sistémica.

Apresentamos de seguida no quadro nº1, os factores e indicadores do fenómeno.
 Quadro nº 1 – Factores e Indicadores do Fenómeno

INDICADORES FACTORES	INDICADORES DO FENÓNEMO
RELACIONADOS COM A PESSOA/SER HUMANO	Idade; Percepção e identificação dos sintomas do problema de saúde; Deficit de conhecimentos; Estratégias para a adesão; crenças individuais; benefícios do tratamento; capacidade de adaptação e manutenção do regime terapêutico; A falta de compreensão do regime terapêutico; Atitude perante o problema de saúde; Motivação e força de vontade; O género; Aspectos emocionais; O esquecimento;
RELACIONADOS COM O AMBIENTE	O stresse; A família; Suporte social; Representação cultural da doença; Qualidade da interacção entre o doente e o profissional de saúde; Comunicação oral; A individualização;
RELACIONADOS COM O SISTEMA DE SAÚDE	A acessibilidade; Responsabilidade da equipa; A competência; A continuidade; As características do sistema de saúde;
RELACIONADOS COM O TRATAMENTO	Complexidade do tratamento; Ausência de resultados a curto prazo; Efeitos secundários desagradáveis; duração do tratamento; Não exigência de alterações aos comportamentos;
RELACIONADOS COM O PROBLEMA DE SAÚDE	Grau de adversidade; situação aguda; Presença de sintomas; Incapacidade instituída pelo problema de saúde;

Adaptado de: Wikblad (1991); Ramos (1997); Fontes (2000); OMS (2001); Bastos (2004); Galán (2004);

1.2 – O FENÓMENO DE ADESÃO – TRANSVERSALIDADE NO CONTEXTO DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

Contextualizando o fenómeno de adesão ao regime terapêutico, o primórdio desta problemática surge com Hipócrates, tendo o seu desenvolvimento essencialmente maior relevo nos anos 50 do séc. XX, com o aparecimento dos antibióticos. Estes tornavam imperativo o seguimento do esquema terapêutico de forma precisa e sem qualquer lapso, sendo que se isso acontecesse, o doente era o principal responsável, face ao médico que lhe tinha instituído o tratamento.

Surgindo já nesse tempo alguns conceitos que ajudam a compreender esta relação: “*non-compliance*” e “*medical compliance*”, em que o primeiro emerge da relação do poder exercido pelo médico e que se reporta à responsabilidade do doente, tendo este o dever de cumprir rigorosamente e com motivação o que o médico prescreveu; o segundo, corresponde ao comportamento do doente que segue as prescrições do médico André (2005).

Alguns modelos surgiram também, pelo facto, de se sentir necessidade de melhorar esta assimetria entre o ser humano e os cuidados de saúde. Com o objectivo de controlar esta assimetria, Stanton (1987), desenvolveu um modelo onde o conceito de obediência deu lugar ao de adesão (“*adherence*”), no sentido de alterar esta dualidade em que o poder se encontrava apenas de um lado da relação, revelando já a perspectiva do doente enquanto alguém que pode ser responsabilizado e ao qual já se espera alguma satisfação em termos de vontade própria, assim como faz emergir aspectos como as crenças, o *locus* do controlo e o apoio social do doente, que interfere no seu estilo de vida face ao regime que tem que seguir, criado pela adesão.

Surge também neste contexto, o conceito de confiança, cujo resultado deriva deste conceito de adesão, com a perspectiva de evidenciar a responsabilidade e participação do ser humano no processo, nomeadamente no que diz respeito à tomada de decisão face às orientações que lhe são fornecidas. A questão da confiança, transpondo para o cuidado de enfermagem os saberes abstractos da disciplina, enquanto intervenção numa situação singular, é considerada o veículo para o fortalecimento da confiança do sujeito dos cuidados para com o profissional de saúde, cuja acção se baseia na reflexão desses saberes como estratégia do cuidar (Amendoeira, 2006 e Nieli Langer, 1999).

A adesão ao regime terapêutico, tem vindo a evoluir como um conceito de crucial importância, face ao ser humano em constante interacção e que consoante as suas experiências vividas e até necessidades transitórias, o faz integrar determinadas dimensões relacionadas com perspectivas de mudança, quer de estilos de vida, quer de conhecimentos face a determinados processos de saúde e de doença. Estes processos levam-no a alterar ou a adaptar-se a novas situações ou não, dependendo da sua capacidade de decisão quer em termos fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e cognitivos.

Ao utilizarmos o conceito de adesão, baseados no Modelo dos Sistemas de Neuman, compreendemos que existe um conjunto de interacções baseadas em valores e princípios que influenciam de alguma forma o ser humano na adesão. Segundo Donovan & Blake apud André (2005, p.26), “...*Dependendo do seu desenvolvimento sócio-cognitivo, das suas necessidades, dos seus constrangimentos e dos contextos em que vive, o sujeito tomou uma decisão que teve por base a percepção que construiu acerca dos custos e dos benefícios de tomar uma tal decisão...*”

A preocupação da enfermagem enquanto disciplina, de compreender a relação entre o sujeito dos cuidados e o ambiente, assim como, a forma como esta se desenvolve, evidencia desde logo a perspectiva sistémica que enquadra a filosofia da disciplina de Enfermagem.

A disciplina de Enfermagem, segundo Amendoeira (2006, p.21), “...*construiu o processo de autonomização na área científica da saúde numa perspectiva interdisciplinar, integradora e evolutiva onde o objecto de cuidados é comum, mas em que o foco de atenção é diferente de acordo com a concepção que o sustenta, caracterizando, na essência o estágio de desenvolvimento da disciplina...*”

Na tentativa de compreender esta temática, enquanto investigador, mas tendo por base uma formação académica e profissional, onde o objecto de estudo da disciplina de enfermagem se considere como “***As respostas humanas aos processos de saúde doença***”, surgem outras definições relacionadas com a adesão que são sem dúvida uma mais-valia em termos do que se espera enquanto resposta do ser humano face ao foco de atenção da enfermagem.

Segundo a CIPE/ICNP Versão B₂ (2003), que constitui um instrumento de trabalho para a enfermagem, tendo em vista uma conceptualização dos termos, no âmbito da

homogeneização e uniformização da linguagem, a adesão é uma vertente da gestão do regime terapêutico.

Define como gestão do regime terapêutico, “...um tipo de comportamento de Adesão com as características específicas: executar actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir os objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária...” (CIPE/ICNP, Versão B₂, 2003, p.58).

A adesão é definida como:

“...um tipo de gestão de regime terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante...” (CIPE/ICNP, Versão B₂, 2003, p.58).

Porque uma disciplina não deve centrar-se apenas em conceitos que lhe são próprios, mas procurar entender algo mais abrangente, o complemento de outras áreas do saber, é sempre importante, face aquilo que pode contribuir para que o ser humano seja realmente o principal beneficiário dos cuidados de enfermagem. Haynes e Col. Apud Ogden (1999), abordam a adesão dando uma perspectiva passiva em relação à pessoa, alvo do regime, “...uma medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir um regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde...” (Haynes e Col. Apud Ogden, 1999, p.83).

Por ser realmente uma temática que em termos de complexidade e inter-relação de várias dimensões, alguns estudos referenciam o termo adesão ao regime terapêutico como: “...atitudes e comportamentos do cliente que condizem com o conjunto de medidas terapêuticas prescritas para o controle da doença (medidas farmacológicas e não farmacológicas) ...” (Oliveira Reiners apud Santos, 2005, p.25).

O mesmo autor, aborda uma outra dimensão muito importante, ao caracterizar como um processo, todo o conjunto de gestos e atitudes observáveis, que se inter-relaciona no todo comportamental mais complexo com outros actores sociais, tendo também em

conta as variantes da cultura Oliveira Reiners apud Santos (2005). Este aspecto fundamenta o que se pretende estudar e reforça de forma precisa, aquilo que preocupa o investigador neste estudo.

Segundo Spradley apud Bogdan e Biklen (1994), do conceito cultura, emergem face a um determinado meio social e com um modo de vida específico, aspectos importantíssimos relacionados com a forma como as pessoas acreditam nas suas atitudes, convicções, em relação aos seus valores e que as torna únicas naquele contexto, com aquele suporte quer psicológico, quer social, familiar e comunitário. O que as conduz, em termos da sua orientação para determinadas dimensões do conhecimento que estão ao seu nível de compreensão e percepção. “...*O conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e induzir o comportamento (...) abarca aquilo que as pessoas fazem, aquilo que sabem e ainda os objectos que manufacturam e utilizam...*” (Spradley apud Bogdan e Biklen, 1994, p.57).

Também neste processo de reconhecermos a cultura, será importante apresentarmos a mesma com uma perspectiva dinâmica, em constante construção, desconstrução e reconstrução, sendo enfatizados não estes aspectos, mas, a importância atribuída a cada uma destas fases relacionando-as com as situações específicas. Cuche (1999), sugere na sua obra, que poderíamos optar pelo termo “Culturação”, pois engloba o conceito de cultura e aculturação, pois revela assim a dimensão dinâmica da cultura.

Bastide apud Cuche (1999), ainda neste âmbito da dinâmica da cultura, afirma que é uma construção «sincrónica» que se organiza a cada momento por processos da tripla articulação, ou seja, tendo em conta a construção, desconstrução e reconstrução.

A cultura é algo que está presente numa forma multifactorial e poderá ser analisada sobre determinadas perspectivas, que ajudam também a compreender assim, de uma forma integrada e com a multidisciplinaridade intrínseca a todos os aspectos que dela emergem, com o objectivo máximo da compreensão do ser humano no seu todo. Esta perspectiva é enfatizada neste conceito, em termos dos significados, não como algo de causa-efeito, mas como algo que é construído pela pessoa de forma consciente. Geertz apud Bogdan e Biklen (1994, p.58), apresenta o conceito de cultura como “...*sistemas constituídos de signos, contextos onde os fenómenos se tornam inteligíveis, em que existe uma interacção entre a cultura e os significados que as pessoas atribuem aos acontecimentos...*”.

Esta perspectiva da consciência como o constructo, daquilo que podemos entender como a decisão que é assumida em plena articulação com a pessoa na sua singularidade e ao mesmo tempo com tudo o que a envolve, permite-nos inferir que sejam quais forem as decisões, estas estão imersas de uma grande complexidade, onde nem sempre a razão prevalece, mas sim naquilo em que a pessoa está predisposta a desenvolver, porque acredita ou porque alguém a aconselhou.

Perante estes aspectos evidenciamos dois conceitos importantes face ao tema em estudo: “*compliance*” e adesão, sendo que o primeiro se coaduna com a perspectiva do aconselhamento por parte dos técnicos de saúde face a um regime terapêutico, em que se preconiza que a pessoa siga todos os conselhos do técnico de saúde; o segundo emerge daquilo que é a consciência de decidir e poder optar de forma informada e responsável.

Horne, Turk e Meicheibarm apud Sousa (2003), definem, “*compliance*” como uma relação onde o médico tem o poder de decisão, dando ordens que a pessoa tem que seguir e adesão surge em alternativa, onde emerge a liberdade de decisão, sem qualquer receio de crítica ou pressão por parte do profissional de saúde.

A representação do conceito adesão ao regime terapêutico, é definido por autores como Brannon e Feist, apud Sousa (2003, p.52) “...*a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde...*”.

Uma outra vertente interessante, que após algumas leituras nos surgiu, relaciona-se com o tipo de regime, sendo um na dimensão farmacológica e outro na dimensão não farmacológica. Sousa (2003, p.53), num trabalho desenvolvido nesta temática aborda estes tipos de regime, “...*a adesão em saúde pode ser vista em duas perspectivas, a adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com saúde (ex: deixar de fumar, fazer exercício físico, etc...) e a adesão médica que se relaciona especificamente com a medicação...*”.

Facilmente se compreende que a nível individual as crenças pessoais e os comportamentos adoptados, assim como a vertente cognitiva da pessoa, promovem ou não, consoante estas sejam valorativas ou depreciativas, os níveis de adesão a determinado regime.

Quando abordamos a perspectiva comportamental, teremos que compreender o ser humano, nesta dimensão que implica não só atitudes, mas conhecimentos que terá que

adquirir ou mobilizar para poder ter a capacidade de decidir de forma consciente e congruente, o que realmente quer em termos de resposta à situação de saúde doença. Podemos neste âmbito, mobilizar Damásio (2000),

“ (...) O sentido de si, acerca da transição da inocência e da ignorância para o conhecimento e para a pessoalidade, e acerca das circunstâncias biológicas que permitem esta transição tão crítica (...) para aqueles que desejam compreender os fundamentos da mente, a consciência é geralmente encarada como o problema dominante (...) O tema da mente, em geral, e da consciência, em particular, permitem ao ser humano exercitar, até mesmo esgotar, o desejo de compreender e a sede de se maravilhar com a sua própria natureza...” (Damásio, 2000, p.22)

Sendo que nesta dimensão, tendo em conta a população em estudo, teremos que nos situar mais em relação ao conhecimento que a própria consciência gera ao longo do ciclo vital do ser humano, pois a relação entre esta e a pessoa, envolve por si só a própria e o ambiente, aliás segundo o mesmo autor *“...consciência, por definição é a percepção pelo organismo do seu próprio ser e do seu ambiente...”* (Damásio, 2000, p.23), ou seja, é através da consciência que o ser humano pode experienciar emoções, tomar decisões, responder a estímulos e construir-se enquanto ser com uma história de vida.

A importância da consciência segundo o mesmo autor, refere que esta nos permite reconhecer os impulsos para a conservação da vida e para o desenvolvimento do interesse por nós mesmos, numa perspectiva mais simples, sendo que da forma mais complexa, permite-nos desenvolver o interesse por outros si mesmos e concomitantemente cultivar a arte de viver. (Damásio, 2000)

Bertrano apud Couto-Soares (1999), considera que toda a consciência responde sob a forma de relação entre sujeito e objecto, que define como relação intencional e é o resultado da mesma que define o acto da consciência.

“...A dupla relação - da consciência ao objecto e secundária e concomitantemente a si mesma – é, de um modo essencial, parte da natureza de todo o acto psíquico (...) todo o acto psíquico é acompanhado de uma consciência de si mesmo, todo o acto psíquico é consciente e não há fenómenos psíquicos inconscientes (...) em todos se

patenteia a unidade da autonomia e heteronomia da consciência, num só e mesmo acto, no qual somos simultaneamente conscientes de algo e de nós mesmos. É devido a este conhecimento que acompanha todo o acto psíquico que sabemos, que pensamos, que desejamos, que sentimos...”
(Bertrano apud Couto-Soares, 1999).

Perante esta vertente de compreender o ser humano, tendo em conta a sua história de vida e aquilo em que o mesmo acredita e sente, face aquilo que o rodeia, levou-nos à construção deste estudo. No sentido de podermos ir mais além, integrarmos as várias dimensões do conhecimento do ser humano no seu meio envolvente e compreender de que forma todos estes aspectos podem ou não influenciar a sua forma de estar na vida face a determinadas situações, que implicam uma tomada de consciência de que existe algum problema e que para isso teremos que nos reeducar ou instituir mudanças face aos hábitos que adquirimos ao longo da nossa vida.

Podemos perceber estes aspectos se compreendermos a relação entre estes sentimentos, ou seja, as emoções, o sentimento dessas emoções e o conhecimento de que temos o sentimento dessas emoções, também faz parte do ser humano ter esta capacidade, o que ajuda na forma como está nas situações problema e a forma como as resolve. Nesta dimensão, apesar de em termos teóricos, estes aspectos surgirem segundo Carper apud Amendoeira (1997), relacionados com a disciplina de enfermagem, com a identificação de quatro domínios do conhecimento: empírico, estético, de si e ético, pensamos que um dos domínios do conhecimento que aborda – *o conhecimento de si*, pode ser mobilizado face ao ser humano, contribuindo de forma integradora para a compreensão do fenómeno adesão, pois consideramo-lo essencial para o conceito de saúde no sentido do bem-estar individual do ser humano.

O facto do ser humano se conhecer a si próprio, cada vez mais, conduz a uma preocupação constante na actualização no contexto real e no “*self*” individual. Este conhecimento estende-se não só para o outro, mas também na relação consigo próprio (Carper apud Amendoeira, 1997).

Neste contexto, existe um outro conceito importante que surge face ao ser humano e aquilo que dele emerge na forma como pode entender o seu estado de saúde e como encara em si mesmo este conceito. Honoré (1996), aborda este aspecto denominando a acção de saúde sobre si, em que dimensiona a vertente das mudanças que podem acontecer no próprio ser humano, quando esta vertente da acção de saúde em si, está

presente, o que lhe induz alteração nos hábitos, comportamentos, numa perspectiva de ter capacidade de tomar conta de si, “...*Neste sentido, a acção de saúde é tudo o que cada um empreende «pela sua saúde» (...) acção sobre si, a acção de saúde é aqui caracterizada pela «interioridade» ...*” (Honoré, 1996, p.86).

Esta dimensão, releva para o facto de termos em conta não só a objectividade da intervenção de saúde enquanto certeza do conhecimento, mas também a subjectividade inerente ao ser humano com a singularidade que o caracteriza. É necessário clarificar a sua intenção, para que este se reconheça não só como actor da acção, mas também como elemento interventivo na sua própria saúde (Honoré, 1996).

Perante estes aspectos intrínsecos ao ser humano, temos outros que se encontram fora do ser humano, mas que influenciam quer positivamente quer negativamente as respostas humanas e que por isso contribuem de forma recíproca para que o ser humano na sua dimensão relacional, seja ao mesmo tempo um elemento precursor do ambiente e o ambiente, ser ele próprio o integrador do ser humano, o que por vezes pode introduzir nuances de conflito que só poderão ser resolvidas se todos estes aspectos estiverem estudados.

Esta preocupação surge, na medida em que é suposto a pessoa aderir sem problemas a um regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico, o objectivo é melhorar ou mesmo eliminar o seu problema, Poderemos neste âmbito referir aqui, aquilo que Honoré (1996), considera como acção de saúde, “...*pôr em acção medidas sociais próprias que assegurem a cada um, na sua colectividade, um nível de vida compatível com a manutenção da saúde, sendo o objectivo final permitir a cada indivíduo usufruir do seu direito inato à saúde e à longevidade...*”

Existem níveis elevados, com valores aproximadamente dos 50% de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Sousa, 2003).

Nesta perspectiva surge-nos um outro conceito importante – não adesão que segundo Ley apud Sousa (2003, p.54), “...*A não adesão é definida como o não seguimento, por parte do paciente, aos conselhos dados pelos profissionais de saúde...*”.

No entanto, este tipo de comportamento não poderá na nossa perspectiva ser analisado de uma forma unidireccional, sendo que, o ser humano no seu meio envolvente interage, não só, contribuindo para o modificar, mas também o próprio ambiente o influencia, o que nos faz questionar em que medida é que estas duas dimensões poderão contribuir

para que o fenómeno da adesão ao regime terapêutico num determinado contexto social e cultural e em determinado tipo de pessoas apresente determinantes que face a outros, possa ser representativo ou não, no sentido de compreender o fenómeno.

Loux apud Honoré (1996, p.64), refere que:

“...há uma coerência da cultura popular relativamente à saúde, mesmo se esta parece feita de elementos heterogéneos. É preciso, para compreender esta coerência, ter em conta a totalidade do corpo e a intervenção de elementos simbólicos muitas vezes determinantes (...) «todo o símbolo comporta um conteúdo emocional que, ao lado do discurso científico, permite apropriar-se dos objectos e das coisas atribuindo-lhe uma profunda verdade».

Esta constante inter-relação do ser humano com o ambiente neste contexto da adesão, faz emergir aspectos que face à literatura existente, podemos articular com o Modelo de Sistemas naquilo que Neuman define como totalidade. Segundo Neuman apud Freese (2004, p.337), “...Os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interacção dinâmica. O modelo considera, simultaneamente, todas as variáveis que afectam o sistema do cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual...”

Inerente ao ser humano, um outro conceito importantíssimo e que revela a sua capacidade para alcançar os seus objectivos em termos de projectos de vida, a motivação, esta poderá ser um elemento estruturante na sua personalidade. Hesbeen (1998), refere que, o projecto de vida da pessoa e a sua percepção face ao futuro e ao problema de saúde, vão influenciar a sua motivação, considera-a como um motor de arranque para o alcance dos objectivos traçados.

Segundo a Teoria de Acção Planeada de Ewart e Fitzgerald que visa na sua intervenção, ajudar a pessoa a desenvolver estratégias que podem emergir de uma combinação entre a acção e o resultado, através de um mecanismo de feed-back, a auto-regulação é a base, com o objectivo da resolução de problemas, a nível de mudanças de comportamento.

Esta teoria inclui três modelos de intervenção, mas para o estudo desta temática parece-nos pertinente referenciar dois: o modelo de acção protectora da saúde e o modelo contextual da acção de protecção de saúde específica,

“...a) defende que as mudanças de hábitos ocorrem apenas quando os processos motivacionais resultantes da avaliação conduzem a uma resolução eficaz do problema. Estas – motivação e resolução de problemas – por sua vez, dependem da disponibilidade pessoal para desenvolver capacidades e de trocas sociais que apoiem as mudanças de comportamento;

b) que o ambiente social envolvente e o contexto biológico que facilitam ou inibem as mudanças pessoais tendem a encorajar ou desencorajar o desenvolvimento e a manutenção dos estados de acção protectores da saúde...” (Ewart e Fitzgerald apud Ribeiro, 1998, p.153).

Esta forma de concepção para intervir face ao ser humano, poderá ser uma mais-valia para que, o profissional de saúde, possa compreender as dimensões envolventes do mesmo, no âmbito das suas motivações e do ambiente em que está inserido numa interacção constante, o conduz a formas adaptativas ou opcionais na resolução dos seus problemas.

O objectivo de basear o nosso sentido naquilo que o ser humano é capaz de compreender e realizar para manter o seu nível de bem-estar adequado ao seu modo de vida, tem por base o que, enquanto objecto de estudo, é importante para compreendermos o fenómeno da adesão, relacionando o mesmo com as dimensões que levam o ser humano a vivenciar e a decidir as razões da adesão ou não adesão ao seu regime terapêutico.

Para isso emergem algumas dimensões que são necessárias para esta mesma compreensão, cujos conceitos serão importantes abordar e integrar para que em termos da análise haja congruência entre o quadro conceptual e o que se encontrou enquanto resultados do estudo.

Neste contexto, a abordagem do ser humano em constante interacção com o seu ambiente, leva-nos a conceptualizar o ambiente, não numa perspectiva redutora, mas sim, procurando dar-lhe um estatuto relevante para contextualizar o ser humano neste conceito, ou seja, na tentativa de o considerar como um núcleo de mútua permeabilidade e que ao analisarmos ambos, poderemos constatar, que apesar de serem duas dimensões distintas, nunca poderão ser definidas de forma categorizada.

Enquanto disciplina, a Enfermagem, tem quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, que são o tronco comum na sua construção. No entanto, para a conceptualização deste estudo, emergem dois – o **ser humano** e o **ambiente**, uma vez que é a sua relação e permeabilidade nuclear que dão o constructo ao estudo.

Por também ser nossa preocupação, compreender as dimensões que levam o ser humano integrado numa determinada comunidade, onde as dimensões, cultural, social, espiritual e desenvolvimentista, são singulares relacionadas com o contexto onde se integra, torna-se imperativo que os conceitos de ambiente e ao mesmo tempo a explicação destas dimensões, se evidencie de forma científica, com base em definições testadas por peritos na área do saber e da investigação. Sendo que, face ao contexto do trabalho e ao cerne daquilo que é o modelo de identificação, consideramos que traduzindo a perspectiva do Modelo de Sistemas, também o conceito de ambiente, se enquadra no âmbito do estudo deste fenómeno.

Outros definem ambiente numa perspectiva integradora face a várias dimensões, e que de alguma forma também contribui para a compreensão do ser humano integrado num ambiente precursor de fenómenos, tendo em vista a sua percepção, o conhecimento e a criação do mesmo por parte do ser humano e a sua influência face às respostas deste Altman e Rogoff apud Barracho (2001, p.20), afirmam que:

“...é uma organização sistemática e complexa de espaço, tempo, comunicação e significado que ocorrem em simultâneo numa série de configurações. «Os espaços tornam-se locais quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o decurso de actividades» ...”

Esta articulação entre aquilo que cada autor contribuiu para a construção do saber da sua disciplina, fundamenta a abordagem que em termos de compreensão do fenómeno adesão do ser humano em contexto singular, uma vez que será da dimensão do ser humano que emanam todas as possíveis variáveis que interferem no mesmo, assim como, na relação que estas mesmas variáveis podem contribuir para o ser humano criar estratégias de adesão e atingir a sua plenitude de bem-estar.

E tendo em conta que nada poderá ser padronizado face ao ser humano, uma vez que o mesmo é composto de particularidades, que seja qual for o fenómeno em estudo, nunca

poderá ser analisado numa perspectiva universal. Se queremos estudar as dimensões orientadoras do ser humano em determinado contexto e com alguma especificidade temos que ter em atenção o ambiente que por ele é criado e do qual recebe e transmite saberes, crenças, valores e formas de estar e de agir, que pela sua proximidade e identificação o levam a criar pontos de referência que se traduzem num estilo de vida, que para si é o possível e de acordo com a cultura onde está inserido.

Proshansky apud Barracho (2001), aborda a questão da psicologia ambiental, tendo em conta estes aspectos e salvaguardando-os no sentido de que, o homem não é passivo face ao ambiente e vice-versa, o que existe é uma interacção constante entre ambos. Evidenciam o facto do homem como ser social integrado em grupos que por sua vez organizam sistemas sociais vastos.

Caria (2003, p.14), refere que, "...a realidade multicultural das sociedades complexas, que desenvolveram processos endógenos de modernização, implica que a preocupação pela «totalidade» esteja reduzida à análise de actividades colectivas particulares que correspondem a segmentações institucionalizadas do espaço-tempo societal. Estamos longe pois de conter «o todo» da vida quotidiana dos grupos sociais em estudo..."

Neste âmbito existem alguns aspectos que são importantes evidenciar, na perspectiva de podermos compreender esta relação entre ambiente/ser humano não como um modelo causal, em que para a existência de um está implícito o outro, mas de forma interdependente e sistemática. No que diz respeito ao ambiente alguns autores, abordam-no numa dimensão física e sociológica, onde emergem aspectos estruturais e processuais face ao ser humano. Alguns autores abordam estas questões, considerando o ambiente físico como dois fenómenos – social e físico. A inter-relação entre estes dois influencia mutuamente as respostas face a este ambiente físico e representam sistemas significativos para o ser humano, o que nos reforça Proshansky et al apud Barracho (2001).

Esta nuance da perspectiva sociológica do espaço, faz-nos compreender que a relação do ser humano e o ambiente, nunca poderá ser encarada como unidireccional e muito menos de uma forma linear, em que nos pólos estão o ambiente e a alteração de comportamento, ou seja, dever-se-á inter-relacionar de uma forma sistemática, complexa mas integradora em que estas duas dimensões se desenvolvam em harmonia.

Esta perspectiva é referenciada por Fischer apud Barracho (2001), referem que, dever-se-á identificar os processos quer em termos não só do espaço, mas económicos, culturais e sociais, pois estes também determinam atitudes.

Quando abordamos a dimensão do ser humano e a sua relação com o ambiente, faz sentido compreendermos que tipo de influência exerce nas suas decisões do quotidiano, assim como os factores que interferem nestas tomadas de decisão. Neste âmbito, uma vez que a temática em estudo, é a adesão ao regime terapêutico, iremos definir o conceito tomada de decisão enquanto foco de atenção de enfermagem, uma vez que faz todo o sentido compreendermos, enquanto conceito, o que a CIPE/ICN, considera como tomada de decisão.

CIPE/ICN, Versão B₂ (2003, p.50), define Tomada de Decisão como, *“...um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposição para aceitar ou abandonar acções tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e seleccionando as alternativas; fazer escolhas que afectam o próprio ou terceiros...”*

Este conceito inventaria alguns aspectos que estão muito relacionados com o ser humano, enquanto centro das acções, com uma responsabilidade “*major*” em termos daquilo que para si é o mais benéfico, o que por vezes nem sempre é realmente. Este aspecto está muito relacionado também com a capacidade de iniciativa que cada ser humano predispõe para as decisões que tem que ultimar. Porque a enfermagem também considera e define iniciativa como um foco de atenção de enfermagem, *“...É um tipo de Tomada de Decisão com as características específicas: disposição para empreender uma acção e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir de acordo com elas...”* (CIPE/ICN Versão B₂, 2003, p.50).

Estas nuances vêm evidenciar outras componentes que estão inerentes às mesmas, mas que de forma menos clara, não sobressaem para o exterior como aquilo que realmente pode ser a principal causa, ou seja, a falta de informação face a determinados conteúdos, o que leva o ser humano a tomar decisões menos adequadas à sua situação de saúde. Hussay e Guilhand (1989), referem que existem dois tipos de não adesão: a **não intencional** e a **intencional**, sendo a primeira, quando o ser humano compreende de

forma inadequada a sua situação de saúde-doença ou a forma do tratamento e a segunda emerge da decisão consciente por parte do ser humano, na procura de outro método de tratamento ou o não seguimento do regime instituído.

Também de acordo com a CIPE/ICN, Versão B₂ (2003), relaciona estes aspectos com o conceito de conhecimento, “...*É um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em formação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação...*” (CIPE/ICN Versão B₂, 2003, p.45).

Quando definimos conhecimento, não o fazemos com o objectivo de o limitar num só conceito, mas sim percebermos dentro daquele que é reconhecido pelo ICN como um dos focos de atenção de enfermagem, podermos compreender, aquando do estudo, se emergem alguns aspectos que estão relacionados com este conceito, daí a importância do enquadramento conceptual e até de perspectivarmos outros autores que possam de alguma forma dar contributos para os conteúdos teóricos.

Por este motivo consideramos importante, a abordagem dos padrões de conhecimento de Carper (1997) apesar de neste estudo, identificarmos o conhecimento estético e o conhecimento de si, aqueles que mais contribuem para a compreensão das respostas humanas face ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico. No âmbito do autoconhecimento que ambos evidenciam, encontramos muitos aspectos que face ao fenómeno em estudo, são mobilizados pelo ser humano para as tomadas de decisão e de iniciativa própria.

Com o intuito de cimentar conceptualmente estes aspectos, passamos a apresentar os conceitos destes dois padrões do conhecimento. Segundo Carper (1997), que apresenta quatro padrões de conhecimento: Empírico, conhecimento de si, estético e ético.

A perspectiva destes padrões do conhecimento, ajuda-nos a compreender a forma como o ser humano os utiliza e que influência exercem nas respostas do mesmo ao fenómeno de adesão. O facto de o ser humano experienciar de forma particular e singular cada fenómeno, aumenta a sua consciência face à subjectividade das situações e a complexidade e dificuldade na sua tomada de decisão, sendo controlado pelo equilíbrio, ritmo, proporcionalidade e unicidade na relação com o todo. Podemos equacionar a utilização do conhecimento estético, cuja relação se funde nesta subjectividade e singularidade.

Por outro lado, o facto do ser humano estar em constante evolução, face a ele próprio e ao que o rodeia, consideramos o conhecimento de si, essencial para a sua compreensão do conceito de saúde. Relacionando com o Modelo de Sistemas, cujo bem-estar individual é o conceito chave, fazemos aqui a sua relação em termos de complementaridade, na perspectiva daquilo que o ser humano pode mobilizar no sentido da sua tomada de decisão sempre que tenha necessidade de se organizar tendo em conta os stressores presentes na situação particular.

Este conhecimento estende-se não só na sua relação com os outros, mas consigo próprio, o que faz com que as suas opções éticas se evidenciem de forma mais responsável, cujo resultado é o atingir de uma maturidade pessoal e liberdade enquanto ser humano, pelo que estamos já nos domínios do conhecimento ético.

Como profissionais de saúde que somos, ao abordarmos estes dois padrões de conhecimento, não o estamos a fazer com o objectivo de fundamentar a disciplina de enfermagem, mas sim dar a perspectiva de que o ser humano, face a si próprio, utiliza estes padrões de conhecimento na sua inter-relação com os outros e com o ambiente que o rodeia.

Para justificar esta opção, Hesbeen (2000) vem afirmar que o ser humano é dotado de racionalidade, cuja obediência faz parte, como processo de bom senso, face a indicações e orientações dadas por profissionais de saúde, como por exemplo: “não coma sal; não fume...”, no entanto, observa-se muitas vezes isso não acontecer, apesar de ser informado dos benefícios. Segundo o mesmo autor, existe um sujeito que está no corpo de cada um, e esse sujeito não pensa com a racionalidade do profissional mas com a sua, a do sujeito singular. “...*A que ganha sentido na sua vida, que lhe dá uma orientação e que anima os seus desejos, os seus prazeres, mas também as suas angústias, os seus projectos, a sua esperança...*” (Hesbeen, 2000, p.19).

Estes aspectos são de crucial importância para analisarmos as respostas humanas face ao fenómeno em estudo, uma vez que muitas das respostas encontradas estão relacionadas com estes dois padrões de conhecimento. Particularmente, no que diz respeito às noções que o ser humano tem em relação à sua própria saúde e à doença e de que forma estes dois conceitos estão estruturados neste contexto. Emergem realmente algumas ideias preconcebidas que conduzem o ser humano a respostas menos adequadas face ao seu problema de saúde.

O facto de cada um poder conceptualizar a saúde como algo que normalmente atravessa um contínuo, leva a que o ser humano tente descrever e classificar as suas alterações na saúde ou no seu nível de bem-estar, como relações humanas, com o ambiente externo e interno (Carper, 1997).

Estas nuances dos padrões de conhecimento, conduzem-nos também a uma abordagem sistémica na perspectiva do ser humano enquanto sistema aberto, segundo Neuman apud Freese (2004, p.337), “*Os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interacção dinâmica*”.

PARTE II – CONCEPÇÃO METODOLÓGICA

2 – ESTRUTURA METODOLÓGICA DO ESTUDO

O início de uma investigação seja ela qual for, parte sempre da identificação prévia de um determinado problema. A questão da identificação do problema, emerge de uma realidade social, que pode ser estudada tendo em vista a construção do conhecimento da mesma. Portanto apesar de o estudo ter por estímulo a compreensão do ser humano, face a um fenómeno, que segundo alguns autores poderá ser algo subjectivo, no entanto, consideramos que este problema para nós, é objectivo.

Berger e Luckmann (1973), ilustram esta perspectiva acerca da realidade social e do conhecimento acerca da mesma. Definem a realidade como “... *uma qualidade pertencente a fenómenos que reconhecemos terem um ser independente de nossa própria volição (não podemos desejar que não existam) ...*” e conhecimento como “...*a certeza de que os fenómenos são reais e possuem características específicas...*” (Berger e Luckmann, 1973, p.11).

Por conseguinte, a construção do conhecimento deve-se basear no objectivo, que até poderá ter um cunho de subjectividade, nomeadamente, no que diz respeito ao que pretendemos estudar, mas torna-se objectiva, pelo facto da decisão de se estudar este ou aquele problema.

Portanto, o primeiro grande passo é a identificação do problema devidamente validado e fundamentado. Segundo Gil (1989, p.52), problema “*É qualquer questão não resolvida e que é objecto de discussão, em qualquer domínio do conhecimento*”.

O objectivo de contextualizar o problema, analisar e reflectir sobre a pertinência, oportunidade e compromisso do mesmo, é crucial para o desenvolvimento do estudo. A influência exercida tanto a nível social, cultural e económico da escolha da problemática, as preocupações em encontrar respostas, são factores determinantes para o planeamento e desenho de um estudo de investigação. Trujillo Ferrari (1982, p.188), refere que: “*A escolha do problema decorre de grupos, instituições, comunidades ou ideologias em que o pesquisador se move. Assim, na escolha do problema de pesquisa*

podem ser verificadas muitas implicações, tais como relevância, atraência, oportunidade e comprometimento”.

A procura de um problema suscita a motivação para a resolução de uma questão de investigação, onde estes aspectos são equacionados. O objectivo de estudar e investigar é sem dúvida, a procura e produção de novos conhecimentos, assim como o testar e validar de outros. O problema é tanto mais relevante, quanto melhores respostas e consequências daí surgirem para quem o equacionou.

O desenvolvimento de competências e habilidades para a escolha da problemática que se pretende aprofundar e estudar, depende da influência das questões metodológicas e concepções teóricas do investigador, e terão um papel preponderante no delinear dos objectivos.

Evidentemente que, quando há algo que suscita questões pertinentes e que de certa forma geram alguma curiosidade, enquanto problema potencial de se investigar, a única forma que existe de se chegar a alguma conclusão, será estudar-se com metodologia científica, estas questões.

Poder-se-á perguntar: estas questões serão válidas para estudar? Que conhecimento produzem para a disciplina de Enfermagem?

A importância da investigação, é aquela que o investigador, enquanto sujeito da mesma, lhe quer dar, isto é, não importa só investigar o que nos parece desconhecido, mas também, validar ou mesmo questionar o conhecimento produzido, tendo por base outros factores, outros contextos, aos olhos de outros investigadores ou de outras ciências.

Considerar o conhecimento adquirido como definitivo, é como parar no tempo, quebrar a inter-relação entre o tempo vivido, o tempo presente e o tempo futuro, numa perspectiva de que a evolução só terá sentido, se a investigação e o conhecimento tiverem como eixo de equilíbrio, o ser humano que investiga o que quer que seja.

Nesta perspectiva, quando se inicia um estudo de investigação, a motivação pode emergir: desconhecimento do que quer estudar; questões sobre outro estudo; que resultados noutros contextos; enfim, questões que o investigador para ser coerente consigo mesmo, terá que saber equacionar e decidir conscientemente.

No entanto, a questão de partida é sempre difícil de enunciar, pois apesar de saber o que pretende, suscita sempre algumas dúvidas quanto ao âmbito, à natureza e que estratégias a utilizar no decorrer do estudo.

Neste âmbito, o compromisso de estudar a **Adesão ao Regime Terapêutico**, é principalmente para com a Enfermagem e o ser humano. No entanto, a autonomia perante a identificação do problema deve ser um princípio.

A promoção dos projectos de saúde e de readaptação após processo de doença, satisfação de necessidades, alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida saudáveis, na gestão dos recursos na comunidade em matéria de saúde e fazendo a ponte com aquilo que um dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem – cuidados de enfermagem, nos referem, é extremamente pertinente esta questão da adesão ao regime terapêutico, em que o ser humano é a centralidade do sucesso deste foco de atenção de enfermagem.

O exercício autónomo de enfermagem emerge, aquando da identificação das necessidades de cuidados de enfermagem do ser humano, família ou comunidade a estes níveis do conhecimento, em que se torna importante a complexidade do pensamento evidenciando os cuidados de enfermagem cientificamente estudados, como uma mais-valia para a disciplina e para a profissão.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003, p.6), *“A produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – “guidelines” – constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros...os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”*

O objectivo de encontrar respostas perante determinado fenómeno depende do caminho que se pretende seguir. Como enfermeiro, esta questão torna-se importantíssima, sendo o objecto de estudo as respostas humanas aos processos de saúde, de restabelecimento ou adaptação a novas situações, este caminho terá que ser sem dúvida, perceber o porquê da pessoa optar por determinado comportamento em detrimento de outro. **A procura da resposta será no próprio ser humano.**

A perspectiva de centrar a investigação no ser humano, canaliza os investigadores para a compreensão dos significados que o próprio dá aos seus actos. Esta é a vertente que os norteia, ou seja, ter em conta as percepções individuais, os valores e princípios que orientam os comportamentos.

Além destas dimensões, também equacionar os contextos e o âmbito em que se desenvolvem.

Segundo Quivy (1992, p.100), “...A explicação de um fenómeno social encontra-se essencialmente no significado que os indivíduos dão aos seus actos...é preciso ter em conta as opiniões individuais e procurar aí os princípios e valores que orientam os comportamentos... as condutas humanas são intencionais e inspiradas, conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, fora das quais não podem ser compreendidas...”.

Existem inúmeras áreas de investigação para a enfermagem e que segundo autores como Polit e Hungler (1995), abrangem desde a promoção de práticas positivas de saúde; do processo de enfermagem ou julgamentos clínicos; dos grupos de risco com problemas específicos de saúde; da descrição de situações políticas de enfermagem; dos grupos maioritários; da obediência a programas prescritos de tratamento.

Esta última área de investigação, é onde pretendemos situar a pesquisa, apesar de não considerarmos que seja uma questão de obediência, uma vez que esta implica uma visão redutora, em que o ser humano nesta perspectiva nunca poderá ser parceiro dos cuidados.

Por outro lado, a perspectiva do estudo não é centrarmos o foco de atenção num determinado regime, mas na compreensão do que leva o ser humano a aderir ou não a um determinado regime. O que nesta vertente se evidencia, será o ser humano enquanto precursor de determinadas opções, cujos resultados são avaliados pelo próprio e pelo ambiente que o rodeia.

Nesta perspectiva, será interessante compreender este fenómeno, desenvolvendo competências face ao processo de cuidados, para podermos com o ser humano promover ganhos em saúde.

Segundo Collière (1989, p.290), “O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se

essas capacidades forem insuficientes...O campo de competência de enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.”

Amendoeira (2006), Paiva (2003), Shaw (1993), Meleis (1991), abordam estes aspectos das competências, tendo por base o objecto de estudo da disciplina de enfermagem, no entanto, introduzem as dimensões do conhecimento com base nos conceitos, no método e nos instrumentos básicos, assim como, na capacidade de estabelecimento de relações interpessoais, evidenciando a competência na identificação e na articulação dos saberes próprios e do ser humano, com o objectivo da promoção do seu bem-estar.

Ao mesmo tempo, tendo em conta esta perspectiva da centralidade no ser humano e nas suas experiências de saúde, o que revela a preocupação da disciplina na compreensão multidimensional que é o comportamento humano, emergindo a competência do reconhecimento da singularidade e individualidade tanto ao nível da saúde como na doença. Aspectos conducentes ao cuidar, em situações de doença ou de antecipação de uma doença.

A preocupação de analisar todas estas dimensões, fazendo emergir sempre o ser humano enquanto núcleo do foco de atenção, enfatiza uma perspectiva humanista, face à investigação e que para nós é extremamente importante.

Segundo Collière (1989, p.293), “...cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na acção de cuidar...não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram...”

A perspectiva de humanizar, também a nível da investigação, coloca a vertente relacional e interpretativa dos vários estilos de vida para que possam ser planeados e reforçados, no sentido de os manter ou criar estratégias para a sua implementação, não como uma obrigação mas sim como ganhos para o ser humano.

Carpenter e Streubert (2002, p.3), afirmam que, “...Numa realidade humana como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adaptem uma tradição de

investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas. O reconhecimento de que a realidade é dinâmica é a primeira etapa para estabelecer uma perspectiva verdadeiramente humanista da investigação...”

Para que este conhecimento se torne fundamentado, será importante a utilização de metodologia científica, que torne a pesquisa o mais credível e coesa possível. O método científico na pesquisa a utilizar terá que implementar rigor, precisão na colheita de informação, na análise dos dados e na apresentação dos resultados. A cientificidade de um estudo é tanto mais autêntica quanto maior for o rigor científico no seu percurso, quer a nível técnico, quer a nível da problemática e principalmente em termos éticos.

Neste âmbito Polit e Hungler (1995, p.13), afirmam que, “...A pesquisa científica, que representa a aplicação do método científico ao estudo de um assunto de interesse, pode ser definida como investigações controladas e sistemáticas que apresentam suas raízes na realidade objectivas e que buscam o desenvolvimento de conhecimentos gerais acerca de fenómenos naturais...”

A preocupação que emerge desta problemática, ou seja aquilo que nos incomoda enquanto investigadores, parte do conhecimento que temos das pessoas que seja qual for a sua alteração em termos da função do organismo, adoptam comportamentos e apresentam estilos de vida que não são os mais adequados para restabelecerem ou controlarem, em termos de respostas humanas, essa alteração.

Consideramos que o facto de querermos investigar o fenómeno da **adesão ao regime terapêutico**, mais propriamente percebermos **as dimensões que promovem o ser humano a aderir ou não, a determinado regime**, teremos especial atenção em relação à utilização do método, pois só com este rigor poderemos chegar a resultados credíveis. Na nossa perspectiva, este estudo terá sempre uma componente subjectiva, ou seja, a percepção, que as pessoas só dirão aquilo que acham que devem dizer, ou que pensam ou sabem que o investigador quer ouvir, o que pensamos conseguir controlar através da utilização do guião de entrevista, que nos ajuda a controlar, assim como redimensionar as questões, sempre que seja necessário.

Será através do instrumento de colheita de dados, assim como da capacidade de dirigirmos a entrevista de modo a que não haja afastamento daquilo que queremos saber e direccionar a pesquisa para um determinado fenómeno estando em contacto directo,

no sentido de poder aferir sempre a informação e ao mesmo tempo poder perceber através de expressões, hesitações e outros aspectos relacionados com a comunicação entre duas pessoas, que nos poderão ajudar a interpretar melhor os resultados e assim podermos diminuir esta componente subjectiva.

Neste âmbito, os sujeitos de investigação terão que fazer parte de uma população que possua características, que permitam ao investigador colher informação para responder de forma fidedigna às suas dúvidas e interrogações. Temos conhecimento que existem pessoas que não cumprem determinado regime terapêutico, devido a vários factores, todos eles válidos para a pessoa, mas pouco coerentes no percurso da razão pela qual o mesmo foi instituído.

Assim pretendemos encontrar sujeitos que, não sendo obrigatoriamente alvo dos nossos cuidados, possam trazer contributos para a implementação de estratégias e intervenções autónomas para uma prática de enfermagem avançada.

2.1 – DESENHO DO ESTUDO

Neste sentido, sendo o propósito do estudo, o ser humano e as suas respostas face a determinado fenómeno, optamos pelo paradigma da investigação qualitativa. Pretendemos compreender o fenómeno nas dimensões de carácter objectivo, mas também subjectivo, uma vez que o conteúdo da investigação traduz sentidos, significados e experiências vivenciadas, representados de acordo com os contextos em que se desenvolvem.

O paradigma da investigação qualitativa permite pesquisar para além da realidade objectiva. Neste sentido permite inferir nas questões de natureza subjectivas, onde a perspectiva personalizada do ser humano e suas respostas estão em primeiro plano. “ *A investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido à vida humana*” (Denzin e Lincoln apud Carpenter e Streubert, 2002, p.2).

Este propósito é determinado pelos objectivos delineados para este estudo, numa inter-relação entre duas dimensões essenciais, a cognição e a análise. Foram traçados, de acordo com a perspectiva do que pretendíamos atingir no final deste estudo.

- **Tipo de estudo**

Com este enquadramento, em termos do que pretendemos investigar, desenvolvemos um estudo do tipo descritivo, tendo por base uma análise estrutural dos dados colhidos, de forma transversal e com um único momento de avaliação.

Pretendemos assim, conseguir uma amostra intencional, ou amostra teórica. Segundo Coyne, Strauss e Corbin apud Streubert e Carpenter (2002, p.26), *“O que ambos os termos denotam é um compromisso de observar e entrevistar pessoas que tenham experiência na cultura ou no fenómeno de interesse”*.

- **Metodologia**

Este processo de investigação só foi possível, uma vez que fazemos parte da comunidade e vivenciamos muito de perto os problemas dos participantes do estudo, pois como enfermeiros, exercendo funções em regime privado na comunidade onde se desenvolveu o estudo, tínhamos conhecimento pleno de quem poderíamos seleccionar para fazer parte do mesmo.

Aliás, foi este facto que nos despertou para esta problemática, uma vez que constantemente, nos surgiam situações graves, por problemas neste foco de atenção da enfermagem – adesão ao regime terapêutico, assim como, o contrário, ou seja, aqueles que nos surgiam como exemplo a seguir e que nos elucidavam também sobre as estratégias e factores que os influenciavam para que cumprissem determinado regime terapêutico.

Posteriormente, depois de alguma pesquisa e tendo em conta outros estudos, encontramos o sentido para a realização do estudo. Como todo o processo se desenvolveu no seio de uma comunidade, que por si só tem as suas particularidades e especificidades, onde a cultura e o ambiente são dois pilares essenciais, decidimos enveredar pelo método etnográfico, onde realmente se pode destacar a inter-relação constante que estas duas dimensões têm junto do ser humano.

Esta metodologia tem como foco central a cultura. Segundo Germain apud Cardoso (2005, p.23), a etnografia é “...entendida como o comportamento social aprendido ou o modo de vida de um grupo particular de pessoas.”

O objectivo é observar, descrever e analisar os vários factores que influenciam este fenómeno.

Segundo Lenninger apud Cardoso (2005, p.23), “...a etnografia pode ser definida como um processo sistemático de observar, pormenorizar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou os padrões específicos de uma cultura com o objectivo de aprender o modo de viver das pessoas nos seus ambientes familiares...”.

Spradley apud Cardoso (2005, p.23), define este conceito como “...o conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e gerar o comportamento...”.

Segundo Goetz & LeCompte, Spradley, Spradley & McCurdy, Van Maanen apud Streubert e Carpenter (2002, p.165), “...O conhecimento cultural exige compreensão das pessoas, o que fazem, o que dizem, como se relacionam umas com as outras, quais os seus costumes e crenças, e como atribuem significado às suas experiências...”

- **Campo/contexto de investigação**

Com a expectativa do estudo ser realizado na comunidade onde residimos, por conhecermos de perto a realidade de cada participante a inquirir, constituiu uma forma de facilitar o acesso aos mesmos e orientou o nosso propósito para o instrumento de colheita de dados.

Neste âmbito, pretendemos entrevistar os participantes nas suas próprias casas, após ter ultimado todos os princípios éticos tendo em vista a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Como conseguir identificar os sujeitos da investigação? O facto de sermos enfermeiros e termos exercido funções em regime privado na comunidade, permitiu-nos ao longo de cinco anos, identificar um grande número de pessoas que apresentam alterações a vários níveis do funcionamento orgânico e cujas respostas humanas a essas alterações eram tão

diversas, que por vezes, interrogavam-se como chegar a determinada pessoa, que à partida apresentava determinada conduta, com um discurso baseado em crenças erróneas ou não, conhecimentos populares e que influenciam positiva ou negativamente, os seus comportamentos e conseqüentemente a sua saúde.

- **Participantes do estudo**

Ao querermos saber as dimensões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos, realizamos nove entrevistas, cujos critérios de selecção face aos participantes foram os seguintes:

- Indivíduos residentes numa Vila do Concelho do Cartaxo - Pontével;
- Que estejam disponíveis e aceitem participar no estudo;
- Que tenham que cumprir no seu dia-a-dia determinado regime terapêutico;
- Que sejam independentes nas suas actividades de vida;
- Que já tenham tido contacto prévio com o investigador em termos profissionais;
- Que saibam ler, escrever e compreender o que lêem;

Ao definirmos estes critérios de inclusão dos sujeitos no estudo, pretendemos realmente obter em termos de colheita de dados, o máximo de contributos para compreender a questão de investigação. Esta preocupação de compreender o fenómeno e perante os autores que abordam estas questões de investigação, o que pretendemos estudar e perante o tempo que dispomos em termos de prazos académicos e pessoais, propomos realizar um estudo transversal, ou seja, com um único momento de colheita de dados, sendo o cenário da pesquisa, o mais natural possível, como já foi referido anteriormente, no próprio domicílio dos participantes, se assim eles o decidirem (Streuberg e Carpenter, 2002).

- **Instrumento de colheita de dados – características e condições de aplicação**

Baseados nos objectivos, construímos o nosso guião da entrevista, para dar resposta a uma entrevista semi-estruturada. Segundo Ruquoy (1997), a entrevista semi-estruturada

é uma técnica de colheita de dados, que permite circunscrever os sistemas quer de representações, quer de valores e normas dirigidas pelos participantes. Construiu o fio condutor para o “*corpus*” do trabalho, uma vez que foi através da mesma que conseguimos criar uma base de dados muito rica, para a análise dos mesmos tendo em conta os dois conceitos - ser humano e ambiente (Anexo I).

Em termos dos procedimentos do estudo, realizamos uma primeira entrevista – pré-teste, que permitiu compreendermos como elaborar as questões de forma a não fazer inferências, induzir os participantes. Gehring e Germain apud Cardoso (2005, p.24), apresentam uma definição, que para a enfermagem faz emergir valores essenciais da profissão e os instrumentos básicos subjacentes à mesma, “...a arte de olhar e ouvir e de tentar obter significado a partir dos comportamentos iniciados por outros...” e ao mesmo tempo adquirir competências face a questões como:

- Qual o nosso papel?
- A nossa representação social, face ao participante: o profissional ou o investigador?
- Como conseguir conduzir e gerir a entrevista, sem misturar os papeis?

Nestas situações temos tendência a interferir enquanto enfermeiros, assim como os participantes procuram respostas para as questões que vão colocando durante a entrevista e que se não treinarmos devidamente estas situações, deixamos de ter uma entrevista com carácter de investigação, mas com carácter clínico.

“...A dualidade de ser tanto investigador como participante apresenta oportunidades para potenciar compreensões derivadas dos dados. O significado não é apenas investigado, mas é construído pelo investigador e pelo informante através de relações activas e recíprocas e por processos dialécticos de interacção...” (Anderson, apud Streubert e Carpenter, 2002, p.165).

Face a esta primeira etapa, reformulamos o guião de entrevista, pedimos autorização e colaboração ao participante para nova abordagem, a qual cedeu sem restrições absolutamente nenhuma, eis uma das vantagens de estar próximo dos participantes, pelo que uma semana depois, realizamos nova entrevista, mas apenas com as questões que inicialmente, não reflectiam os resultados que os objectivos do trabalho preconizavam, a qual nos trouxe contributos importantíssimos para a nossa postura nas entrevistas seguintes.

- **A produção dos dados**

As entrevistas foram sendo realizadas progressivamente, com um espaço de tempo de dois, três dias entre cada uma delas, chegando por vezes a atingir oito a quinze dias de intervalo. Este processo permitiu-nos ir fazendo a transcrição informática, que nos elucidava sobre a quantidade e qualidade da informação colhida face ao desenvolvimento do *corpus* do trabalho.

Todo este processo foi desenvolvido, durante quatro meses aproximadamente, com alguns interregnos por motivos pessoais, que nos ajudou a cimentar aspectos importantes para o nosso desenvolvimento enquanto investigadores.

Após a realização das entrevistas, o primeiro passo foi a leitura flutuante de todas elas e a identificação muito primária das possíveis dimensões a abordar em termos esquemáticos, que se prende muito com a necessidade constante de esquematizar os conteúdos encontrados.

- **Procedimentos de análise**

Neste âmbito, a nossa opção foi pela análise estrutural, uma vez que nos fez sentido trabalhar os dados tendo em conta o discurso real dos participantes e através dele procurar reconstituir os sentidos ou os códigos que organizam o seu modelo cultural (Maroy, 1997).

Estruturamos a nossa análise, no estabelecimento das relações dos elementos que os dados colhidos colocam em acção e que se fundamentam em dois tipos: **a disjunção**, associada à distinção entre situações ou coisas; **a associação**, como conjunção e estabelecimento de relações entre situações ou coisas. São estas duas estruturas de análise, que fazem emergir os sistemas ou estruturas de sentido, que podem ser simples ou complexas. Estas estruturas de sentido, ajudaram-nos a entender o que orienta o comportamento do ser humano, face ao fenómeno de adesão ou não adesão a um determinado regime (Hiernaux, 1997).

Após a realização de nove entrevistas, fase em que percebemos que os dados já estavam a ser repetidos, considerando os objectivos, o contexto e os sujeitos de investigação, o passo seguinte foi, construir uma grelha de análise, onde identificamos de acordo com o objecto de estudo, todas as estruturas de sentido, onde estavam patentes as relações citadas anteriormente. “...*Conjunto de conceitos descritivos ou analíticos que permitem comparar e classificar o material de inquérito...*” (Hiernaux, 1997, p.129).

De forma a estruturar melhor o raciocínio e a nossa percepção enquanto esquema de análise, procedemos da seguinte forma:

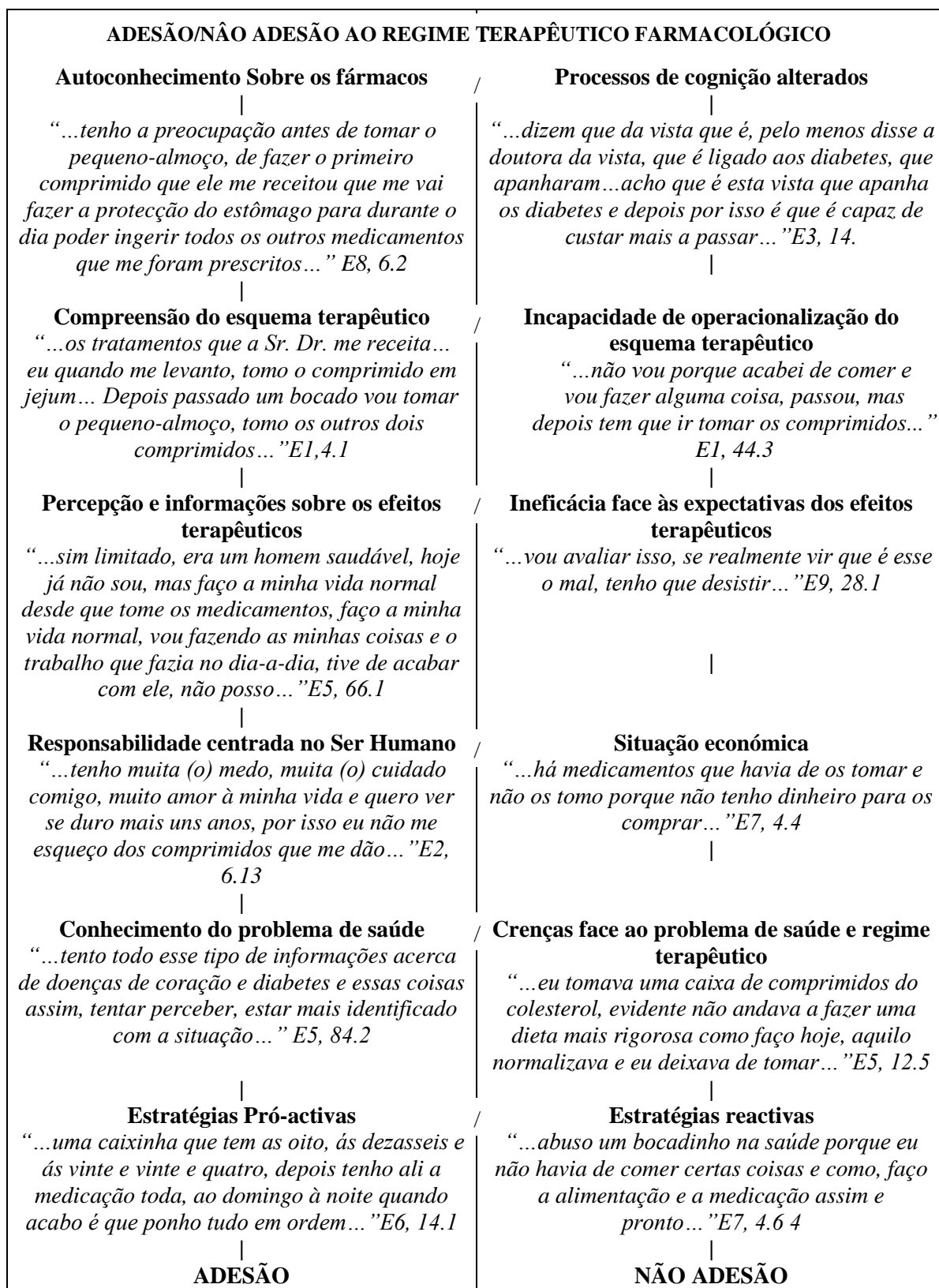
1. *Inventariamos o material sob observação, extraímos a unidades de sentido, e daí percebemos através das informações analisadas, as atracções mútuas;*
2. *Identificamos as disjunções, através da aquisição do sentido das unidades e da separação do que elas não são;*
3. *Verificamos as associações, ou seja, o que se encontra associado a quê, do mesmo lado;*
4. *Destacamos o gráfico da estrutura global, segundo um modelo particular, que representa o sentido do segmento do material e esboça o modelo cultural encontrado* (Hiernaux, 1997, p.166).

Para que seja compreendida toda a estruturação da análise estrutural, partimos de dois conceitos facilmente identificáveis no material e que estão ligados ao fenómeno em estudo: adesão e não adesão.

Construímos um quadro, onde se encontram exemplos das disjunções e associações e que conduzem à estrutura de sentido que resulta num dos dois conceitos acima referenciados. Identificamos o fenómeno, que no caso é a adesão e não adesão, nas temáticas de regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, as categorias de cada tema e as unidades de sentido correspondentes.

Para cada tema enunciamos as unidades de sentido, que extraímos do material inventariado e que nos permitiu compreender as razões expressas pelos participantes para agir desta ou daquela forma, consoante a sua situação, informação disponível e aquilo em que acredita.

Quadro nº 2 – Exemplo do esquema de análise estrutural: Regime terapêutico farmacológico



Quadro nº 3 – Exemplo do esquema da análise estrutural: Regime terapêutico não farmacológico

ADESÃO/NÃO ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NÃO FARMACOLÓGICO	
<p style="text-align: center;">Compreensão da necessidade de mudar hábitos de vida</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>“...depois vem qualquer coisa que nos faz lembrar, quis fazer umas coisas e acelerei mais, subi e desci as escadas mais vezes e à noite senti um ardor (no peito) aí (lembrei), já andaste de mais, amanhã tens que parar...”E6, 6.2</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Adaptação/Experiências positivas face às orientações dos profissionais de saúde</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>“...não posso estar sem ela (meia elastica) ...quando lavo...vou calçar logo outra, porque me sinto mal, porque tenho muita (o) medo...”E2, 28.2</i></p> <p style="text-align: center;">...</p> <p style="text-align: center;"><i>“...Força de vontade, tenho muita pena que por causa de comer, olha por causa de eu comer já me fez mal e não quero, como outro e não como aquele e fico bem, para que serve eu ficar mal com uma coisa que eu sei que me faz mal, como aquilo que me faz bem...”E2, 22.1</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Suporte familiar e pessoas significativas</p> <p style="text-align: center;"><i>“...há sempre uma pessoa, há sempre uma palavra amiga que diz, tem que ultrapassar tem que se ter força, tem que se ter coragem para se enfrentar todos esses problemas da vida...”E8, 10.2</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Crenças individuais</p> <p style="text-align: center;"><i>“...acredito em Deus, tenho muita fé e devo-lhe dizer muito sinceramente quando nos meus momentos mais difíceis tenho sempre uma esperança tenho sempre uma fé...”E8, 14.1</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Estratégias Pró-activas</p> <p style="text-align: center;"><i>“...faço metros e metros e de renda, não posso estar parada e tenho, graças a Deus a minha ideia, tenho uma ideia boa...”E2, 48.3</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">ADESÃO</p>	<p style="text-align: center;">Incapacidade de avaliação e operacionalização do regime terapêutico não farmacológico</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>“...Depois às vezes descanso um bocadinho, outras vezes não descanso, ela (médica) diz que eu devia descansar todos os dias, eu às vezes descanso outras vezes não...”E1, 4.4</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Responsabilidade centrada no outro</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>“...ninguém me disse para não beber...”E3, 18.1</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Tempo de implementação do regime não farmacológico</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>“...sobre os diabetes, sobem e descem, mas já sou há muitos anos diabético, tenho aqui uma máquina, mas nem sempre a uso, agora tenho usado todos os dias para ver como é que estão...”E3, 6.7</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">(Des)Crenças individuais</p> <p style="text-align: center;"><i>“...não é o comer mais, se eu fizer uma dieta muito á base de couves, com peixe cozido e saladas não podia fazer isso porque sentia fraqueza no corpo e eu trabalhava muitas horas...”E5, 14.1</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Situação económica</p> <p style="text-align: center;"><i>“...não havia de comer os ovos e às vezes como, porque não tenho outra coisa, passo comum ovo estrelado...”E7, 10.2</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">NÃO ADESÃO</p>

A sinalética apresentada no corpus do trabalho, obedece à norma 405, adaptada ao nível internacional. De qualquer forma, relevamos aqui as utilizadas:

“... - Unidade de registo ou citação que não coincide com o início do texto;

(...) – Omissão de texto;

(letra, números) – identificação do participante;

(|) – Associação das unidades de registo;

(/) – Disjunção das unidades de registo;

Após esta estruturação chegamos ao modelo de análise cujos temas emergem em dois grandes eixos, e que passamos a expor, no quadro seguinte:

Quadro nº 4 – Temas que compreendem o fenómeno da adesão

O SER HUMANO COMO PERCURSO(R) DO FENÓMENO

O AMBIENTE INTEGRADO(R) NO/DO SER HUMANO

Como chegamos a estes dois temas? Através da análise e do conhecimento teórico adquirido ao longo do estudo, pela pesquisa efectuada, compreendemos que o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico, desenvolve-se de acordo com estes dois grandes temas, os quais no ponto seguinte apresentamos através do modelo de análise, baseado no modelo de sistemas de Betty Neuman, onde se apresenta a interacção entre os dois pólos da adesão e os dois pólos dos regimes terapêuticos, estrutura esta, que forma assim quatro quadrantes e cujo núcleo central é o ser humano.

A análise desenvolveu-se sustentada nas dimensões que emergiram em cada quadrante, mas em duas partes distintas. A primeira, relevou apenas as dimensões que nos quatro quadrantes se relacionavam com o ser humano enquanto percurso® do fenómeno (Quadro nº5). A segunda, relevou apenas as dimensões relacionadas com o ambiente integrado® do ser humano (Quadro nº10).

➤ **Considerações éticas**

Enquanto investigadores, a preocupação em respeitar os valores próprios de cada ser humano que participou no estudo, foi uma constante. Talvez pelo facto de também enquanto ser humano que somos, pertencentes à mesma comunidade, não querer com toda a certeza, que esses princípios éticos se perdessem, apenas porque pretendíamos realizar um estudo de investigação. Streubert e Carpenter (2002), Referem que, os investigadores têm o dever significativo de informar e proteger os participantes, especificamente se vivem entre eles.

Por outro lado, o facto de nos encontrarmos numa posição única, ou seja, podermos fazer investigação no domicílio dos participantes, porque vivemos entre os mesmos e portanto conseguimos de certa forma não alterar a natureza da investigação. Concomitantemente, poderá trazer alguns dilemas éticos, se os investigadores não tornarem o estudo bem claro para os participantes em questão.

Streubert e Carpenter (2002), abordam estes aspectos de forma peremptória, evidenciando que a perspectiva do investigador se tornar invisível, tem um valor muito significativo no processo de colher os dados, no entanto, pode gerar potenciais dilemas éticos. Coloca como basilares, para diminuir estes aspectos, investir na informação dos participantes, face à liberdade de se recusar a participar ou desistir, na redução de todos os riscos desnecessários, certificar os benefícios face aos riscos, revelar competência e qualificações no desenvolvimento do estudo.

Perante tais considerações, tivemos o cuidado em todos os momentos em que realizamos as entrevistas, reservar um momento inicial, onde apresentamos todo o processo de investigação, numa linguagem simples e adequada a cada participante, mostrando sempre disponibilidade e abertura para questões em relação às informações fornecidas no momento. Elaboramos também um texto, que de forma clara e precisa, informa e ao mesmo tempo formaliza o consentimento do participante para a realização da entrevista e para a utilização dos dados colhidos no estudo a realizar (Anexo II).

Streubert e Carpenter (2002), referem-se a este aspecto, como sendo um princípio ético, isto é, que o participante dê o seu consentimento informado, para isso terá que ter a capacidade para assimilar a informação que lhe é fornecida, daí um dos critérios de inclusão na amostra ser, saber ler e escrever e compreensão do que lêem.

PARTE III – ANÁLISE ESTRUTURAL DA COMPREENSÃO DO FENÓMENO

3 – DIMENSÕES EMERGENTES NO ÂMBITO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, QUER SEJA FARMACOLÓGICO OU NÃO FARMACOLÓGICO

O conceito de ser humano surge neste estudo numa dualidade muito forte com o conceito de pessoa. No entanto considera-se que o conceito de ser humano é mais abrangente, pela complexidade das suas interacções. Permite, compreender aspectos que no seu todo, constituem o núcleo central de um sistema dinâmico em constante mutação face aos factores internos e externos inerentes ao próprio ser humano e que em termos de mecanismo compensatório, gera o equilíbrio. Esta dimensão do ser humano é por isso mais abrangente e integradora.

Pretendemos assim articular aquilo que na nossa percepção, se torna crucial para entendermos o fenómeno da adesão a um determinado regime terapêutico, numa cultura específica. Percebemos que todo o fenómeno resulta dos dois temas identificados, isto é, o ser humano e o ambiente, cujos resultados se integram de tal forma, que por vezes temos dificuldade em entender qual será aquele que influencia o outro, uma vez que os dois se influenciam quer de forma pró-activa, quer de forma reactiva.

Esta interacção contribuiu para a adopção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman que utilizamos para a análise como base estrutural e conceptual.

Segundo George (1996, p.226), “...*Uma perspectiva sistémica apoia o reconhecimento do todo complexo enquanto valoriza a importância das partes...*”. Consideramos que o estudo, se encontra nesta vertente de pensamento, uma vez que nos permite compreender, que o ser humano é complexo no seu todo, mas que apresenta singularidades, das quais o investigador não poderá nunca alhear-se, correndo o risco de perder o fio condutor.

A valorização das partes no todo, não ocorre no sentido da categorização, porque não é esse o paradigma em que nos encontramos, enquanto forma de olhar o fenómeno, mas por permitir perceber o objectivo do cuidar em enfermagem. Sendo estas dimensões consideradas por alguns autores Piaget apud Silva e Pinto (2005) como aquilo que

contribui para a construção do conhecimento do ser humano em termos cognitivos, sociais, culturais e espirituais.

Também a perspectiva da constante interacção entre o ser humano e o ambiente que o rodeia, que é por conseguinte, um tronco comum no seu percurso, faz sentido neste modelo, uma vez que suporta conceptualmente esta constante interacção e ajuda na compreensão dos resultados encontrados. Neumam apud George (1995), considera o ser humano como um sistema aberto, por ter a capacidade e ser permeável na procura ou na manutenção de um equilíbrio entre vários factores, que poderão ser internos ou externos. Esta procura constante, leva ao desenvolvimento e à sobrevivência do ser humano, numa contínua diferenciação e complexificação sistémica.

Apesar de não estarem implícitos ao longo do estudo os outros dois conceitos metaparadigmáticos de enfermagem: saúde e enfermagem, estes encontram-se de alguma forma integrados nalguns aspectos que vão emergindo dos resultados, cuja concepção foi desenvolvida no enquadramento teórico, evidenciando-se aqui apenas os aspectos que são cruciais para a análise.

Numa perspectiva analítica, o modelo serviu-nos de base para a construção do esquema de análise, onde em termos de conceitos e estrutura emergirão os resultados do estudo.

Apresentamos de seguida o esquema de análise, que embora se apresente sob a forma de um diagrama oval, se organiza em quatro quadrantes e respectivos pólos, que se relacionam com a ocorrência das dimensões emergentes do *corpus* das entrevistas, num sentido decrescente das ocorrências do núcleo para a periferia.

Cf. – Orientação para conferir no enquadramento teórico, o conteúdo a que o autor enunciado faz referência.

No que diz respeito ao conceito de adesão, este surge segundo alguns autores como uma perspectiva unidireccional, onde a base de sustentação em termos positivos é considerado como um processo onde o ser humano tem uma participação passiva, o que significa que, para aderir, terá que seguir a orientação do profissional de saúde. No entanto, é possível uma concepção mais sistémica, isto é, onde o ser humano é considerado como parceiro nas decisões e cujo processo se desenvolve tendo em conta ambas as dimensões.

Contudo, constatamos que na abordagem da temática da adesão, enquanto fenómeno, este acontece quer proactivamente, quer de forma reactiva, o que permite evidenciar desde logo, um outro conceito a incluir na análise, falamos da não adesão, cuja definição, poderá ser analisada na perspectiva de autores que o estudaram, em duas vertentes que designam de intencional e não intencional (Hussay e Guilhand, 1989).

Estas duas vertentes, relacionam-se principalmente com a perspectiva do ser humano nas suas predisposições quer em termos de capacidades cognitivas, quer motoras.

Sendo o fenómeno em questão a adesão ao regime terapêutico, é importante compreendermos o tipo de regime de que estamos a falar, distinguindo-o em regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, instituído com os mesmos princípios, mas que implica formas diferentes de adesão.

Ao abordarmos o regime terapêutico farmacológico, estamos como é evidente a considerar, todo o regime que se relaciona com a prescrição medicamentosa, assim como toda a informação adicional relacionada com a mesma. No que diz respeito ao regime terapêutico não farmacológico, este releva os aspectos comportamentais face aos cuidados a ter quanto à alimentação, exercício físico, tabagismo entre outros.

Tendo em conta o outro tema evidenciado, cumpre-nos mobilizar o conceito de ambiente, que segundo Neuman, é também ele próprio mobilizador de todos os outros, numa perspectiva transversal. Considerado como o conjunto dos factores externos e internos, surge não só enquanto elemento influenciador, como também ele influenciado.

O conhecimento dos conceitos metaparadigmáticos em enfermagem, face ao estudo que desenvolvemos, faz sentido, apesar de não ser nosso objectivo criar conhecimento no domínio do cuidar em enfermagem, os conceitos de saúde e cuidados de enfermagem, nomeadamente os que se encontram nesta linha de concepção do modelo dos sistemas

de Neuman, mobilizam e ajudam a integrar as dimensões que encontramos ao longo do estudo, mas de uma forma mais diluída nos outros conceitos centrais.

Por outro lado, sendo a perspectiva sistémica integradora e em termos paradigmáticos transformadora, no sentido da perspectiva onde os fenómenos são únicos mas em interacção constante com tudo o que os envolve, não poderíamos isolar apenas dois conceitos. Até porque, enquanto paradigma, reflecte que a natureza dos cuidados de enfermagem, sofreu a influência desta abertura para o mundo, cujo resultado será aquilo que Neuman (1995), conceptualiza como saúde, ou seja, a harmonia de interacção entre o sistema ser humano-ambiente tendo em vista o bem-estar.

Saúde para o ser humano no Modelo dos Sistemas, equivale à sua estabilidade, considerado como o seu melhor estado de saúde. Este conceito de saúde, está intimamente relacionado com os outros componentes do modelo, ou seja a relação dinâmica do ser humano com as variáveis, com os factores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores.

Perante estas dimensões do conceito de saúde, que evidenciam um ponto fulcral que é a harmonia centrada no bem-estar que o ser humano preconiza e idealiza, conduz a uma concepção de cuidados de enfermagem, que de forma sistémica, integram estas dimensões como instrumentos essenciais para a construção da verdadeira essência do cuidado de enfermagem, perspectivando um paradigma de transformação (Lopes, 1999).

Neste âmbito consideramos o conceito de cuidados de enfermagem de Neuman, integrador destes aspectos, na medida em que o define como uma profissão única, preocupada e em interacção com todas as variáveis que interagem com o ser humano no seu ambiente. Integra uma relação sistematizada, onde distingue em termos dos cuidados de enfermagem os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, cuja mobilização enquanto conhecimento científico, revela-se na transdisciplinaridade que emerge nos cuidados de enfermagem a prestar ao ser humano.

Tendo por base estes aspectos, os cuidados de enfermagem serão promovidos de acordo com os níveis de prevenção, nomeadamente num processo de cuidados cuja transversalidade de todos estes conceitos, terá que forçosamente resultar naquilo que é para o ser humano o seu nível óptimo de bem-estar.

Segundo Amendoeira (2006, p.223), *“O cuidado assume (...) uma vertente relacional de grande importância, pois os saberes relacionais são essenciais ao*

desenvolvimento de um cuidado de enfermagem que é prestado à pessoa de modo personalizado e num contexto relacional que permita recriar o saber perante cada pessoa e em função dela própria.”

A enfermagem enquanto disciplina, tendo em vista um desenvolvimento do processo de cuidados e a sua reflexividade face ao ser humano, nesta perspectiva transformadora contribui para melhores cuidados de saúde. Nomeadamente, na forma como evidencia a relação constante entre os conceitos e como isso se reflecte naquilo que é o conhecimento do ser humano, na articulação com o que Neuman conceptualiza enquanto ambiente e com objectivos muito precisos que preconizam um outro conceito, o de saúde, cuja procura é a harmonia do sistema na sua totalidade.

Estes conceitos, estão intrinsecamente relacionados e projectam enquanto fenómeno dois grandes temas principais: **O Ser Humano como Percurso(r) do Fenómeno** e **O Ambiente Integrado(r) no/do Ser Humano**, dos quais passamos a representar de forma sequencial para cada tema, os quatro quadrantes do esquema de análise proposto.

Para promover a leitura dos dados apresentados nos capítulos seguintes, no início de cada um apresentamos um quadro tendo em conta as dimensões dos temas a abordar, onde esquematicamente, procuramos dar uma visibilidade dos temas emergentes.

3.1 – O SER HUMANO COMO PERCURSO(R) DO FENÓMENO

As razões que levam o ser humano a aderir ou não aderir a um determinado regime terapêutico, tendo em conta o contexto em que está inserido e a complexidade perante o seu todo, mas percepcionando as partes, constituem-se no pressuposto da análise dos dados. Neuman (1995, p.231), refere que, “...*Apesar de cada indivíduo ou grupo como sistema de cliente ser único, cada um é composto de factores conhecidos comuns ou características inatas dentro de uma variação determinada de respostas contidas na estrutura básica...*”

Neste contexto, e de acordo com o quadro nº5, emergem dimensões relacionadas com o ser humano como percurso(r) do fenómeno, pelo que se apresentam no mesmo, apenas aquelas que fazem parte deste tema. Tendo em conta o Modelo de Sistemas, o conceito de ser humano, evidencia a interacção com o ambiente, a mudança constante em que se

encontra e o movimento bidireccional, quer face à estabilidade do sistema, quer face aos processos de saúde/doença, que considera existirem graus variados, que de acordo com cada ser humano, estes se tornam mais ou menos exacerbados, o que leva a diferentes respostas humanas, face a um determinado fenómeno.

Quadro nº 5 – O ser humano enquanto percussor do fenómeno

REGIME TERAPÊUTICO	SIM	NÃO
FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Autoconhecimento sobre os fármacos; ◇ Responsabilidade centrada em si; ◇ Conhecimento do problema de saúde; ◇ Estratégias Pró-activas; 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Processos de cognição alterados; ◇ Crenças face ao problema de saúde e regime terapêutico; ◇ Estratégias reactivas;
NÃO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Crenças individuais; ◇ Estratégias Pró-activas; ◇ Compreensão da necessidade de mudar hábitos de vida; ◇ Experiências positivas face à adaptação; 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Incapacidade de avaliação e operacionalização do regime terapêutico não farmacológico; ◇ Crenças individuais;

Perante o esquema apresentado anteriormente (figura nº 2) e mobilizando as dimensões apresentadas no quadro nº5, apresentamos o primeiro quadrante, onde predominam aspectos relacionados com o ser humano como percurso(r) do fenómeno, analisando-se de seguida o seu conteúdo.

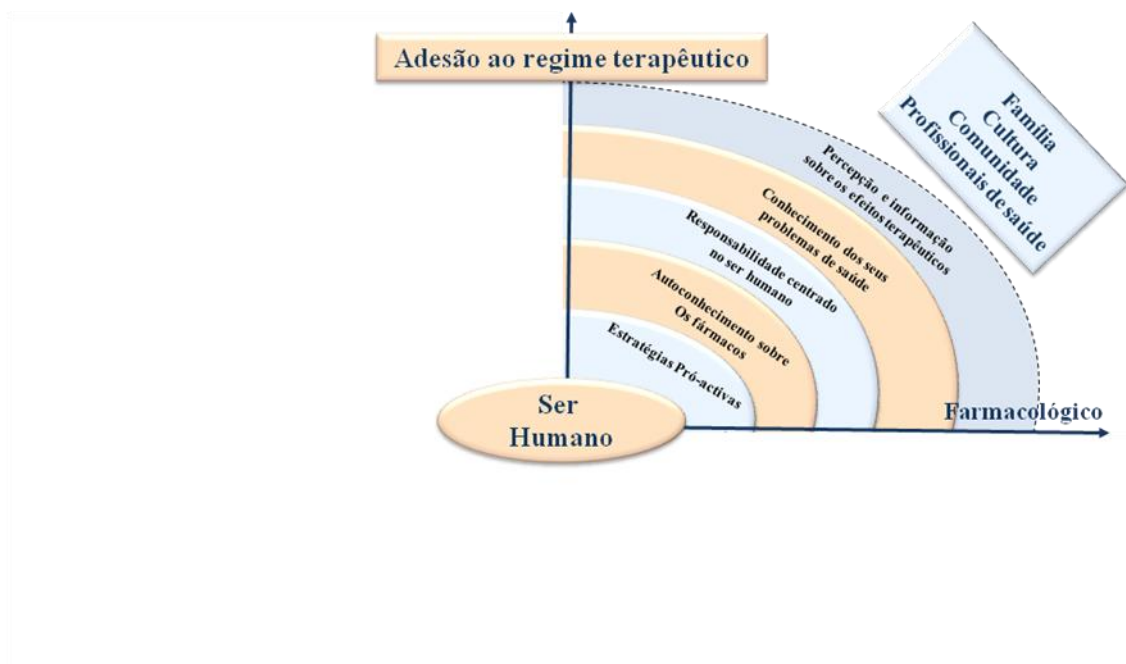


Figura nº3 – O ser humano adere ao regime terapêutico farmacológico

Com o objectivo de melhor ilustrarmos a análise, no sentido de se perceber como chegamos às dimensões e porque razão se encontram distribuídas desta forma, podemos identificar logo à partida, que o quadrante se encontra no plano positivo do esquema, cuja posição pró-activa, permite considerar o fenómeno de adesão ao regime terapêutico na vertente farmacológica, o desejável para o ser humano, como integrado(r) do mesmo.

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, é analisado a partir da tipologia - farmacológico, evidenciando a perspectiva das dimensões mais frequentes, que surgiram nas respostas dos participantes e que em termos de proximidade ao núcleo central, sugerem um sentido mais forte para o ser humano como centralidade de todas as dimensões.

Analisando as dimensões emergentes, poderemos relacionar com o que Neuman evidencia, face às variáveis que preconiza, ou seja, a variável fisiológica, que está relacionada com a estrutura e funções do organismo; psicológica, que aborda os processos mentais e de relacionamento; sócio-cultural, que se refere às expectativas do sistema face às actividades sociais e culturais; desenvolvimentista, que evidencia os processos evolutivos durante o ciclo vital e por último a espiritual, onde emergem as influências das crenças espirituais (Neuman, cf. p.40).

Nesta análise surgem em grande destaque as estratégias que o ser humano adota para o cumprimento do regime terapêutico farmacológico, em que as unidades de sentido encontradas, revelam a variável psicológica e desenvolvimentista como as principais precursoras da adesão, tendo em conta a adaptação do ser humano.

“...tenho aquelas horas e já sei, ao domingo preencho uma caixinha que tenho logo com a medicação de segunda a domingo, com os horários todos, os medicamentos ficam todos certinhos, é uma maneira de não me esquecer...”E6, 12.3

“...tenho consultas regulares, análises e tenho aqui o aparelho da diabetes, da tensão, para ver e ando sempre controlado...”E5, 48.1

“...vou para um lado qualquer todo o dia, levo um já cá tomado e quando é preciso eu levo sempre aquela caixinha e quando chegar àquela hora, levo uma garrafinha de água e depois tomo...”E2, 104.1

Estamos perante o ser humano que após algum período de adaptação, criou ele próprio uma forma de nunca esquecer a administração da terapêutica. Segundo André (2005, p.155), “ (...) aqueles que não aderem têm uma baixa percepção da auto-eficácia e os que aderem têm uma alta percepção de auto-eficácia para cumprir a medicação conforme prescrita...”

Uma outra estratégia face ao cumprimento de um regime terapêutico farmacológico, surge na dimensão do que é um hábito, ou seja, em termos de adaptação, o ser humano torna aquela actividade numa rotina, integrando as tomas da medicação, como algo que faz parte das suas actividades de vida diárias, havendo algumas unidades de sentido que evidenciam estes aspectos:

“...a medicação eu adaptei-me muito bem, faço a medicação como se aquilo fosse uma coisa de há anos...”E6, 12.2

“...Normalmente tomo à mesma hora, é um hábito tão grande, que nunca me esqueço e se for a algum lado levo esses medicamentos comigo, normalmente ao almoço, tenho aquelas horas certas nunca me esqueço...”E5, 142.1

“...parece que não tomei os comprimidos, parece que está uma coisa a faltar-me são os Comprimidos...”E1, 32.1

“...acredito, se não fosse a medicação não seria nada...”E9, 10.1

“...tomo um comprimido, que tenho que tomar antes de me deitar e bebo um copo de água...”E8, 2.7

Autores como Damásio (cf. p.56), Honoré (cf. p.58), Couto-Soares (cf. p.56) Meleis (2000) referem que, este processo tem por base a consciência de cada ser humano, aquando da implementação das mudanças, ou seja, quando isto acontece podemos afirmar que estamos perante processos de transição. Estas mudanças só poderão ser consideradas transições, quando o ser humano as integra como fazendo parte de todo o seu quotidiano, como constatamos nas unidades de sentido transcritas anteriormente. Meleis (2000), considera as transições como o resultado da mudança, mas que nem sempre esta revela transições. Compete ao ser humano descobrir e ter consciência dessas mudanças e que resultados, para assim adaptar-se a uma nova forma de estar e de agir.

Bridges apud Meleis (2000, p.20), refere que, *“...a transição será como um período de tempo com um final bem identificado, que vai desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração da mudança, caracterizado por um período de stress até ao final, dando origem/ou seguindo um período de estabilidade...”*

Fazendo a articulação com a perspectiva sistémica, poderemos compreender, que face à variável desenvolvimentista definida por Neuman e este processo de transições, existe uma relação estreita, uma vez que o ser humano, no processo de desenvolvimento individual do seu ciclo vital passa por vários processos de transição e são estes que o fazem mudar comportamentos e hábitos de vida, ou seja, a par das transições, caminham os processos evolutivos característicos do Modelo de Sistemas (Neuman, cf. p.35).

Por outro lado e reforçando esta perspectiva, segundo o esquema, uma outra dimensão que emerge desta análise, é o autoconhecimento que o ser humano tem, para no seu todo, poder tomar decisões, adaptar-se face às novas orientações, enfim, tendo em conta as suas capacidades e de acordo com as informações que dispõe, as suas respostas face ao fenómeno, serem de adesão ao regime terapêutico farmacológico. Esta perspectiva é valorizada por alguns autores como Carper (cf. p.57); Neuman (cf. p.59) e a CIPE/ICN Versão B₂ (cf. p.63).

Neste sentido, alguns dos participantes reforçam estes aspectos de forma tão clara e precisa, que nos levou à identificação da dimensão do autoconhecimento como uma daquelas que o ser humano mais enfatiza no sentido de integrar o fenómeno.

“...o tratamento que tenho feito e que continuarei a fazer tenho visto resultado nele, é isso que sigo, porque assim poderei pelo menos, ter uma vida mais tranquila, não sofrer, não fazer sofrer os meus familiares, muito em especial a esposa e o filho...”E8, 16.1

“...tenho a preocupação antes de tomar o pequeno-almoço, de fazer o primeiro comprimido que ele me receitou que me vai fazer a protecção do estômago para durante o dia poder ingerir todos os outros medicamentos que me foram prescritos...”

E8, 6.2

Podemos constatar, que face à consciencialização do ser humano e à informação que possui, todo o processo de adesão ao regime terapêutico, será pró-activo tendo em conta o resultado final. Enquanto processo de tomada de decisão, importa referir aqui, que depende do desenvolvimento cognitivo e social, assim como, das necessidades, constrangimentos presentes e contextos das vivências e da percepção que o mesmo constrói tendo por base a avaliação que faz dessa mesma decisão. Consideramos que Honoré (cf. p.57 e 58), aborda estes aspectos centrados no desenvolvimento do ser humano, face à sua consciencialização e responsabilidade.

“...tenho conhecimento de pessoas com outros problemas e fico um bocado surpreendido como é que essas pessoas fazem uma vida que não faço, faz-me confusão e estou sempre a avisá-los...”E6, 50.1

“...a principio quando não tinha essa caixinha, cheguei a ter dúvidas, será que tomei o comprimido da manhã e depois tinha que vir a casa e contar os comprimidos que tinha lá para ver se faltava o da manhã...”E6, 12.4

“...O que me vale a mim é a boa ideia que tenho, porque ainda tenho cabeça, além de não ouvir como deve de ser, a minha cabeça ainda orienta a mim própria como é que hei-de fazer...”E9, 74.1

Um outro aspecto importante, nesta dimensão, face ao ser humano, é o conhecimento que ele tem de si próprio, para que, em termos de respostas a determinados fenómenos, a sua atitude seja de uma perspectiva de abertura para o mundo e não a de olhar para dentro e não conseguir integrar aquilo que o mundo tem para oferecer. Este conhecimento, é segundo Carper (cf. p.64-66), o mais essencial para compreender o significado de saúde no sentido do bem-estar individual, o que segundo Neuman (cf. p.34), se encontra integrado no conceito de saúde, como orientação para o bem-estar.

“...Sim, se não levasse isto à risca como tenho levado, possivelmente já cá não estava...”E5, 122.1

“...Mas tenho muito cuidado nisso, não sou “relaxada” por isso, tenho me sentido bem...”E2, 6.17

Por outro lado, as dimensões identificadas, foram posicionadas daquela forma tendo em conta a análise estrutural realizada aquando da identificação das isotopias das unidades de sentido extraídas das entrevistas realizadas, que criaram um suporte de informação, que nos levou à construção das totalidades face a duas questões essenciais relacionadas com o fenómeno de adesão ao regime terapêutico nas duas vertentes, como exemplificámos anteriormente no capítulo da metodologia (Quadro nº1).

Neste âmbito, surgem alguns autores que contribuíram para que esta constatação, pudesse ser considerada como fazendo parte do que em outras situações acontece, ou seja, Schaffer & Yoon (2001) tendo em conta outros estudos, identificaram e estruturaram três tipos de estratégias, que designaram de ABC Strategies: Affective; Behavioral e Cognitive Strategies, com o objectivo de promover a adesão, na vertente das intervenções dos profissionais de saúde. Nalgumas questões relacionadas com o próprio ser humano, poderemos compreender melhor as suas respostas ao fenómeno na perspectiva em que o estudamos, como contributo para o que o ser humano mobiliza ou não, aquando da necessidade de cumprir o seu regime terapêutico.

Esta análise vem fundamentar, face a algumas unidades de sentido integradas nas dimensões identificadas na análise estrutural, algumas das particularidades de cada uma das ABC Strategies, principalmente as que no nosso estudo se relacionam directamente com as emoções e sentimentos, com o conhecimento e com aquelas que estão direccionadas para o comportamento e suas transições.

“...tomo um para a má circulação de sangue e tomo dois para a tensão era um inteiro e agora a doutora, mandou-me partir a metade, ao almoço tomo dois para as dores e outro para a má circulação de sangue, tomo outro para a arritmia e outro não me lembro, à noite é para o colesterol e para a tensão, tomo sempre, já aos anos, nunca mais deixei de tomar...”E2,26.1

“...não tenho uma dorzinha no meu corpo, eu acho que seja por tomar o tratamento que me deu, tenho sempre esse cuidado...”E2,10.7

“...habituei-me a fazer aquilo mais de manhã, depois estou com ideias de levar tudo escrito para depois fazerem a avaliação...”E3, 114.1

No que concerne ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico farmacológico, interessa identificar claramente o tronco comum no sentido positivo, uma vez que o estudo pretende compreender as razões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos. Face ao estudo desenvolvido, esta análise demonstra que o ser humano, quando adere ao seu regime, fá-lo porque tem conhecimentos, porque conseguiu adaptar-se à sua situação de saúde/doença, porque face à experiência que tem com o seu regime leva-o a aderir de forma mais consciente, mas também mais integrada nas suas actividades de vida diárias.

Apesar de todas estas nuances, o facto de se constatar que o ser humano tem conhecimentos, não significa que ele os mobilize para o pretendido, ou seja para a adesão, pois além dos conhecimentos, verifica-se que em termos dos processos emocionais e sentimentais existe influência, uma vez que é necessária a motivação do ser humano para a adesão.

“...tenho um comprimido mas tenho que ter o cuidado, ao fim de semana paro, depois continuo à segunda feira...”E2, 6.6

“...a mais responsável de tudo, sou eu própria, porque sou eu que tenho necessidade...”E4, 10.1

Segundo Becker apud Cameron (1995), apontam algumas condições ao nível da informação, que podem influenciar a adesão. Para indivíduos motivados para a adesão, mas sem conhecimentos sobre os procedimentos correctos, a informação pode ser benéfica. Por outro lado, o ser humano que detêm toda a informação e conhecimento, mas insuficiente motivação, mais informação sobre o regime terapêutico é pouco eficaz e não aumenta a adesão.

Um modelo adoptado por profissionais de saúde, cuja denominação é Motivational Interviewing de Hecht, Borreli et al (2005), e que se baseia em três características: colaboração, evocação e autonomia, que organizam o processo conducente do ser humano na adesão ao regime terapêutico, tendo em vista o desenvolvimento das suas capacidades pessoais e concomitantemente das motivações que podem estar adormecidas.

No que diz respeito à colaboração: “...O conselheiro enfatiza a sua parceria com o respeito pela perspectiva do cliente. Procura criar um ambiente isento de julgamentos, o que conduz a uma melhor colaboração por parte do cliente...”³

Em relação à evocação: “...O conselheiro facilita o cliente na sua própria descoberta e na possibilidade de poder relatar os acontecimentos que levaram à mudança de comportamentos. Conduz a uma maior motivação e poderá ajudar o cliente nesta ambivalência de sentimentos...”⁴

Por ultimo a autonomia: “...A responsabilidade em fazer mudanças reside no próprio cliente e na sua capacidade de tomar decisões. É o cliente que decide como e quando processa essa mudança...”⁵

O mesmo artigo, apresenta algumas das dimensões que o ser humano deve cultivar para a motivação, nomeadamente, as razões para a necessidade da mudança, esperança instilada face à expectativa da mudança e a intenção e perspectiva da forma como essa mudança ocorre.

Constatamos em algumas das unidades de sentido, integradas na dimensão responsabilidade em si próprio, esta motivação, que traduz o percurso do ser humano para aderir ao seu regime terapêutico farmacológico.

“...os medicamentos isso tudo, isso nunca me esqueço...”E1, 16.1;

”...como estou a entrar num bom sistema de me ajudarem, também tenho que tentar eu própria de me ajudar e de ajudar a quem me está a ajudar a mim, porque senão não vale a pena lutarem por mim se eu não faço algo por isso...”E4, 18.2.

Neste processo percebemos, a presença daquilo a que podemos considerar de emoções e sentimentos, que se encontram em parceria constante com a consciência, e que orientam o ser humano nas escolhas, no sentido da auto preservação.

Damásio apud Paiva (2007, p.137), aborda estas questões considerando
“...uma mente consciente é uma mente que acaba de ser informada das suas relações simultâneas com o organismo dentro da qual se forma e

³ “...The tone of counseling emphasizes a partnership that respects the client’s unique perspectives. The counselor seeks to create a nonjudgmental, supportive environment that is conducive to client self-exploration...”

⁴ “...The counselor facilitates the client’s own exploration of the issues related to behavior change, including the reasons for and against change. The natural change process inherent in the client can be unleashed through eliciting the client’s intrinsic motivation and helping the client resolve ambivalence...”

⁵ “...The responsibility for making change ultimately resides with the client’s own decision-making process, although doesn’t necessarily agree with it. It is the client, not the counselor, who must decide if, how, and when change will occur...”

com os objectos que rodeiam esse organismo (...) É a vontade que permite fazer o caminho de regresso desde os pensamentos até às emoções (...) Isto significa que as escolhas que resultam de decisões conscientes são individuais e, em última instância, decorrem da vontade, pelo que cada ser humano é o responsável último pelas suas escolhas e, portanto, pelas suas acções...”

“...faço e continuo a fazer, se vejo que há uma coisa que me cai mal, então não tomo mas se me faz bem continuo a tomar...”E9, 14.1

“...não esquece, tenho uma regra de tomar as coisas, á noite tenho esse comprimido para tomar, ponho-o aqui em cima ao pé da televisão e não adormeço enquanto não o tomo, porque não quero faltar aquilo que o médico disse...”E9, 76.1

Esta análise consolida o pressuposto de que o ser humano na sua singularidade, responde aos fenómenos interagindo com o sistema e que, face aos factores em presença, age de uma forma ou de outra.

“...á noite a hora que eles marcaram é sempre às dez horas, dez e meia, às vezes já tenho feito às onze e à meia-noite quando me vou deitar...”E3, 116.1

“...se me esquecer um dia, por exemplo tomar à terça tomo à quarta, depois tomo à outra quarta...”E2, 6.8

No entanto tendo em conta a especificidade do estudo, constatamos comparando com estudos anteriormente efectuados, que emergem alguns aspectos interessantes, como por exemplo, a relação que existe entre os conhecimentos que o ser humano apresenta e a influência dos mesmos na sua decisão, que se relaciona directamente com a auto responsabilização das suas respostas ao fenómeno em estudo.

Também Hungerbuhler et al apud Araújo e Garcia (2006), constataram que o ser humano com maior nível de conhecimentos sobre o seu problema de saúde e a forma de tratamento, demonstraram 3,6 vezes mais adesão do que outros, cujo conhecimento era menor.

“...na televisão estou sempre a ouvir os doutores, gosto de ouvir coisas que eles explicam gosto de ouvir, tomo sentido cuidado nessas coisas...”E2, 38.3

“...eu nunca me aborrece com nada, quer sempre seguir o que me dizem os doutores, são doutores...”E2, 10.8

Uma outra perspectiva, evidencia o facto de quanto melhor informado se encontra o ser humano, mais activo se pode tornar, ou seja, passa a fazer parte da acção e não ser um mero objecto das acções para ele pré-estabelecidas, o que também influencia positivamente a adesão, de acordo com Jardim et al apud Araújo e Garcia, (2006).

“...quando vejo que estão a acabar os comprimidos, vou logo buscar, para nunca acabar...”E2, 6.14

“...tento todo esse tipo de informações acerca de doenças de coração e diabetes e essas coisas assim, tentar perceber, estar mais identificado com a situação...”E5, 84.2

Também podemos verificar, não em termos percentuais, mas evidenciando a tendência apresentada, quando analisamos as dimensões do conhecimento dos seus problemas de saúde, o autoconhecimento sobre os fármacos e a percepção e informação sobre os efeitos terapêuticos, que todas as unidades de sentido identificadas, fazem emergir os aspectos que posicionam o ser humano no quadrante da adesão ao regime terapêutico farmacológico.

“...Tenho tudo normal, o colesterol, está abaixo dos valores de risco, o açúcar também, faço muitas vezes, a picadinha no dedo...”E6, 62.1

“...sei que tenho que tomar mais duas qualidades de medicamentos para o problema do enfarte que tive...”E8, 6.3...

“...a doutora, diz que da operação fiquei bem, deu-me uns comprimidos adequados, para tomar e pôr uns pingos nos olhos e é isso que tenho andado a fazer...”E3, 2.11

“...tenho muita falta de cálcio, a doutora receitou, medicamentos tenho os ossos muito desgraçados...”E1, 104.2

Fundamentamos estes aspectos, com um estudo realizado no Hospital Universitário de Brasília, a pessoas com problemas cardiovasculares, nomeadamente valores de tensão arterial elevados: 70% não sabia a dose, 64% não sabia o nome e 62% não sabia o tempo de tratamento. Estes dados, evidenciam o baixo comprometimento do ser humano para o cumprimento do tratamento medicamentoso. O que nos leva a constatar que a participação activa do ser humano e a assunção da responsabilidade do tratamento pelo mesmo são elementos fulcrais para o sucesso da terapêutica medicamentosa (Neto, Rodrigues, Santos e Rocha, 2006).

Sobre estes aspectos, Cabral, Mendes e Silva (2002), referem que na dimensão sociocultural, as sociedades ocidentais na sua globalidade apresentaram um aumento das condições de vida, em termos da educação, economia, social e cultural, que se repercutiu num aumento do nível de condições em termos da prevenção da doença e na valorização da saúde, não só a nível físico, mas também em termos psicológicos e sociais.

“...é raro ter uma dor de cabeça, por ano tenho duas ou três dores de cabeça, tenho me sentido bem acho que é o tratamento que ando a levar, lá isso sou muito recta no tratamento...”E2,118.5

Compreendemos que todas as dimensões, integram as componentes do conhecimento do ser humano, cuja importância é crucial naquele que é o resultado final, ou seja, a adesão ao regime terapêutico farmacológico. Estes aspectos são descritos em estudos sobre esta temática e que sustenta o que apresentamos, Vijayalaksmi et al apud Araújo e Garcia (2006), revelam que o nível de entendimento do problema de saúde que o ser humano apresenta, está muito relacionado com a sua independência e cooperação com o regime terapêutico.

Esta cooperação e independência estão presentes, uma vez que quando emergem dimensões que integram a responsabilidade do ser humano e as estratégias pró-activas, evidenciam o nível de participação de cada um e a sua influência positiva tendo em vista a adesão ao regime terapêutico farmacológico.

Para compreendermos melhor a relação entre o ser humano como núcleo central face às dimensões identificadas e o tipo de regime analisado – farmacológico (figura nº3), apresentamos um quadro cujo objectivo é ilustrar sinteticamente os dados mais significativos.

Quadro nº 6 – Síntese da análise do tema “O Ser Humano como percursor do fenómeno”- Adesão ao regime terapêutico farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
ESTRATÉGIAS PRÓ- ACTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A variável psicológica e desenvolvimentista, como precursoras da adesão; ➤ Adaptação do ser humano ao regime terapêutico, <ul style="list-style-type: none"> ◆ Compreende a necessidade de mudança ◆ Criação de um hábito como processo Integrado;
AUTOCONHECIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permite ao ser humano tomar decisões; ➤ Adaptar-se face às orientações; ➤ Releva as capacidades do ser humano, face à informação que possui e de que forma a mobiliza para o fenómeno de adesão; ➤ Relação constante com o desenvolvimento cognitivo e social do ser humano e a sua consciência e responsabilidade nas tomadas de decisão;
RESPONSABILIDADE CENTRADA EM SI PRÓPRIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relação muito próxima com as emoções e sentimentos e a forma como influenciam positivamente a adesão; ➤ Os conhecimentos e a motivação do ser humano, emergem como factores integrantes no processo de adesão;
CONHECIMENTO DOS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano com conhecimentos face ao seu problema de saúde, apresenta maior capacidade de decidir e de participar nas decisões relacionadas com o processo de adesão; ➤ Emerge a auto responsabilização do ser humano face ao processo de adesão ao regime terapêutico farmacológico;

Em relação ao primeiro quadrante, projectamos de forma clara todas as dimensões, emergindo os aspectos relacionados com os objectivos do estudo e a questão de investigação, no âmbito da compreensão do ser humano como precursor do fenómeno.

No fenómeno da adesão ao regime terapêutico não farmacológico, revelam-se dimensões também relacionadas com o ser humano, mas onde a perspectiva sistémica, eleva as variáveis sociocultural e espiritual, como pontos de ancoragem para o ser humano aderir.

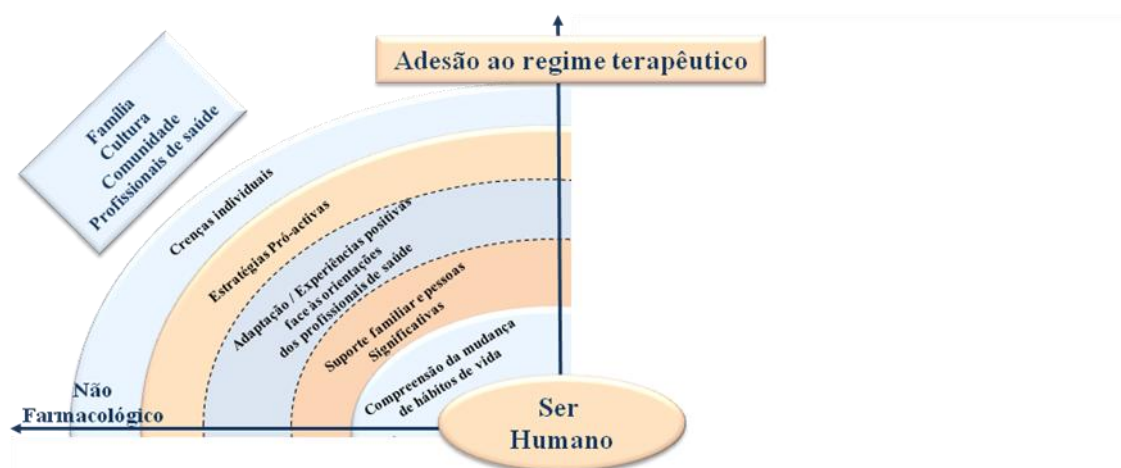


Figura nº 4 – O ser humano adere ao regime terapêutico não farmacológico

Emergem as dimensões relacionadas com o ser humano e aquilo que lhe é intrínseco na razão e na tomada de decisão, tendo em vista a sua adaptação a novos hábitos de vida e às estratégias que utiliza para os integrar.

Torna-se importante compreender que todos estes aspectos fazem parte do percurso do ser humano que no seu todo, procura mais saúde através da manutenção do equilíbrio do sistema tendo em vista o bem-estar. Um filósofo francês Georges Canguilhem apud Hesbeen (2003), aborda esta questão com um conceito, tendo como fio condutor, aquilo que o ser humano procura para se adaptar a novas situações e que designa de *normatividade*, uma vez que face ao fenómeno em questão e perante as dimensões

encontradas, o ser humano está em constante procura de novas normas para poder encontrar o equilíbrio.

Refere que são a base para o ser humano poder projectar-se no futuro e se adaptar a situações novas. Considera-as pontos de referência importantes para se realizar um caminho, ou se encontrar um outro.

As adaptações e a tomada de consciência da necessidade de alterar hábitos por parte do ser humano, remete-nos para a importância dos stressores do Modelo de Sistemas (Neuman, cf. p.41), que nos proporciona a compreensão dos possíveis conflitos internos que normalmente se geram, onde as respostas estão reflectidas nas preocupações, nos medos que o ser humano apresenta, mas também são estes aspectos que o levam a criar estratégias para poder resolver o seu problema e adaptar-se às novas necessidades.

Para compreendermos melhor esta vertente da adesão ao regime terapêutico não farmacológico, importa termos presente o conceito de adesão, para integrar de forma clara as dimensões aqui apresentadas, que tiveram por base além dos relatos dos participantes no estudo, uma concepção teórica a partir da qual estes conceitos foram trabalhados (Reiners, Ogden, CIPE/ICNP Versão B₂, cf. p.53 e 54).

O ser humano nas suas interacções, confronta-se com a necessidade de desenvolver estratégias, para poder estar de forma confortável nas situações que exigem tomadas de decisão em relação aos processos de mudanças nos hábitos de vida, adquiridos ao longo dos anos na cultura quer familiar, quer mesmo a nível social. Este aspecto valoriza a capacidade que o ser humano apresenta na organização dos seus conflitos que resulta na adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

Neste âmbito, emerge um conceito cuja influência no ser humano é crucial, a cultura, que de certa forma está inerente às duas grandes temáticas deste estudo, o ser humano e o ambiente, como temos vindo a constatar (Bogdan e Biklen, Cuche, cf. p.54).

“...tive um enfarte e a partir daí como me vi um bocadinho aflito, tive que começar a ter atenção, a ter cuidado com a alimentação...”E8, 4.2

Estes aspectos são impulsionadores de alterações no comportamento, quer por integração da necessidade apreendida, quer por imposição de outrem e estão muito relacionados com aquilo que o ser humano enquanto precursor do fenómeno, coloca como prioridades no seu percurso de adaptação à sua nova situação no processo de saúde/doença.

A motivação e a predisposição do ser humano para dar continuidade a todo o processo de adesão, são factores importantíssimos, pois as mudanças implicam o perdurar no tempo e tornar-se um hábito instituído, onde não haja a necessidade de estar constantemente a preocupar-se com o regime e o medo do esquecimento (André, cf. p.51 e 52).

Algumas unidades de sentido assim o evidenciam, como passamos a apresentar:

“...a única coisa que notei que na realidade poderia comer, fazer um outro tipo de alimentação a qual hoje não a faço porque tenho que ter um certo cuidado...”E8, 8.1

“...sinto-me bem, só da vista é que não, por isso é que eu procuro corrigir...”E3, 60.1

“...se eu não comer ao jantar quando é uma certa hora da noite, estou com fome, tenho que me levantar e beber leite...”E2, 98.1

Também o que leva muitas vezes o ser humano a mudar os seus hábitos, é a perspectiva da responsabilidade que sente face à sua atitude, perante as indicações dos profissionais de saúde e cuja qualidade dos resultados ocorrerão numa vertente positiva. Estamos perante estratégias singulares e específicas que cada um poderá adoptar com o objectivo do que se propôs atingir.

“...é natural que me esteja a conformar que tenho que o fazer, se não ainda é pior para mim...”E9, 4.1

“Sempre com medo que escape, porque depois é pior para mim...” E2, 6.2

As unidades de sentido identificadas, proporcionam a compreensão de quão importantes se tornam os processos de adaptação do ser humano, tendo por base a consciencialização do mesmo na procura ou na perspectiva de resolução dos seus problemas ou, não sendo possível a sua resolução, procurar a estabilidade e o equilíbrio e otimizar a sua manutenção no sentido do nível óptimo de bem-estar.

Quando o ser humano, por si só, faz emergir a dimensão da responsabilidade, fá-lo com o objectivo de se co-responsabilizar pela sua própria saúde, pois considera-se um parceiro neste processo onde as respostas são estratégias pró-activas para atingir o equilíbrio.

“...o ano passado disse-me a senhora para o ano tem que ir outra vez, mas este ano já não me disse, mas se eu entender que hei-de ir eu vou, tenho feito isto assim e tenho me dado bem e sinto-me bem...”E2, 18.4

“...quero, enquanto for permitida a minha vida, viver um pouco mais tranquilo e ter uma saúde mais fácil...”E8, 4.5

A importância atribuída pelo ser humano, ao seu regime terapêutico não farmacológico, influencia as respostas que o mesmo apresenta face aos processos adaptativos que tem que adoptar. Esta influência só se constata, quando o ser humano integra no seu todo algumas dimensões, as quais estão presentes nesta análise, onde se verifica que são algumas delas, as grandes impulsionadoras de atitudes pró-activas de adesão ao regime terapêutico. Podemos considerá-las factores relacionados com o próprio ser humano, que influenciam positivamente o processo de adesão ao regime terapêutico não farmacológico (Quadro nº1).

“...porque sei se eles (valores da glicemia) estão ou mais baixos ou mais altos se tiverem mais altos, pois eu tenho que ter uma correcção, tenho de evitar mais isto ou aquilo, para ver se a coisa se conforma...”E3, 112.1

O facto de apresentarmos no epicentro mais próximo do ser humano, a compreensão da necessidade de mudança de hábitos, revela todo o sentido do esquema apresentado, isto é, o ser humano não institui mudanças nos seus hábitos se não compreender minimamente o porquê. Por outro lado, terá que sentir motivação e necessidade para mudar, daí ser uma das dimensões que surge mais próxima do ser humano e porque em termos de unidades de sentido encontradas, são na verdade, nesta dimensão que mais emergem relatos no sentido da adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

“...Tenho cuidado, olha o comer, vou á casa da minha filha, não me dês esse comer que eu não como. Porquê mãe? Faz-me mal, mas é só desta vez, mas não quero...”E2, 20.1

Esta unidade de sentido, ilustra o ser humano que integra e compreende aquilo que deve e pode ou não fazer, uma vez que, tem a liberdade de decidir e optar. Esta forma de estar, só acontece, quando o ser humano tem a capacidade cognitiva e motivacional para manter este padrão de comportamento.

Hesbeen (2003), aborda esta temática, referindo que o sentido só pode ser atribuído, quando é desejado pelo próprio ser humano, onde as acções só fazem sentido, quando se enquadram na direcção que considera desejável. Se não compreender qual o seu contributo para o atingir de determinados objectivos, essas acções parecer-lhe-ão incoerentes e não as ultimarão.

Reach (2004), sustenta estes aspectos ao abordar os conceitos de intenção e decisão, de uma forma interessante face ao fenómeno de adesão, uma vez que os canaliza para duas dimensões distintas, uma que se coaduna com as crenças e com a predisposição para algo – a intenção e outra que está ligada à aceção e à certeza – a decisão, por vezes uma intenção pode predizer uma decisão.

Neste processo de adesão ao regime terapêutico não farmacológico, com a identificação da necessidade de instituir novos hábitos de vida, mobilizando as questões da prevenção primária e secundária de Neuman (cf. p.38), para o restabelecimento ou a manutenção do estado de equilíbrio do ser humano, no seu processo de saúde/ doença, implica a identificação dos hábitos a corrigir, por parte dos profissionais de saúde.

Não como uma imposição face aquilo que o mesmo deve fazer ou não, mas como alguém cujos conhecimentos lhes permitam apresentar ao ser humano outras formas de estar na vida, tendo no entanto, consideração pela sua singularidade.

”...o doutor disse-me - a senhora se não for operada tem que usar toda a sua vida meia elástica e eu não falho nada, está mais largo, vou logo comprar outra, é o que me tem salvado isto há muito tempo...”E2, 8.10

“...uma coisa que tinha muita saudade era o café, a Dr. I. quando lhe perguntei, disse um descafeinado um até dois por dia, não preciso de dois, só preciso de saber se posso beber um e tenho bebido...”E6, 52.2

O respeito pela singularidade de cada ser humano e o reconhecimento por parte do mesmo, dos conhecimentos e dos contributos que os profissionais de saúde lhe podem oferecer, orientam o ser humano para a adesão ao regime terapêutico não farmacológico. Constata-se também que a proximidade e a frequência com que acontecem as consultas com os profissionais de saúde, assim como a disponibilidade e forma como a relação acontece, conduzem realmente a uma melhor adesão. Ramos, Ribeiro e Bennet (cf. p.48), abordam estes factores como aspectos importantes para que esta adesão aconteça. Assim como algumas unidades de sentido.

“...tenho consultas regulares, análises e tenho aqui o aparelho da diabetes, da tensão, para ver e ando sempre controlado...”E5, 48.1

“...os médicos também me têm dado o seu apoio, isso tem sido muito importante, a grande acção psicológica tem sido pela positiva...”E5, 84.1

Estes aspectos são extremamente importantes, quando existem hábitos de tal forma instituídos, que mesmo com este tipo de estratégias, são difíceis as suas alterações. Hecht et al (2005), apresentam algumas estratégias para ajudar o ser humano na adesão:

- Negociar a sua agenda;
- Acompanhamento do processo de decisão;
- Providenciar sempre feedback;

No estudo, emergem unidades de sentido que relevam que o acompanhamento é muito importante para a manutenção da adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

“...o enfermeiro o médico se me disseram que tinha que começar a fazer uma alimentação dessa forma, entendi que seriam eles as pessoas indicadas para me orientarem, para conseguir fazer a minha vida normal, para poder ter mais alguns anos de vida...”E8, 4.3

Quando a relação existe, o ser humano integra de forma mais convicta qualquer que seja a adopção ou alteração a um determinado comportamento. Neste âmbito, Collière (1989), refere que as teorias centradas no desenvolvimento da saúde, exigem um vasto campo de conhecimentos no sentido de compreender as situações e poder integrá-las para a implementação de projectos de acção.

Ao mesmo tempo que aborda a conceptualização de saúde como algo em constante evolução, com a necessidade constante de procurar conhecimentos em todos os domínios onde o ser humano se encontra, com o objectivo de compreender os seus diferentes hábitos de vida, as suas crenças, a sua cultura e outros aspectos inerentes. Aborda estes conhecimentos como fontes de diferentes “meios de vida”, e que são as responsáveis pela diversidade das respostas humanas. Para as compreendermos, teremos que aprender a olhar, ouvir, ousar e ir ao encontro daquilo que não se conhece, criar a relação (Collière, 1989).

Estes aspectos fomentam de forma coesa e duradoura uma relação de confiança entre o ser humano e o profissional de saúde. Constatamos em algumas unidades de sentido estas interacções como promotoras desta relação.

“...a confiança nos técnicos de saúde, porque eu tenho muita confiança, se as pessoas estudaram, se estão todos os dias a contactar com casos novos e a aparecer coisas novas e se as pessoas dizem que assim é que está bem, será assim que se tem que fazer e por isso eu confio...”E6, 70.1

“...ando todos os dias, uma hora de caminho, não é depressa, vou devagar, e dou-me bem...”E7, 38.1

Davila (2006), num estudo sobre a “Influência dos factores psicológicos na adesão terapêutica na asma” refere que a responsabilidade e a relação com os profissionais de saúde, são aspectos muito valorizados, principalmente pelas suas habilidades e são considerados pelo ser humano, determinados e rigorosos no sentido da satisfação e adesão ao regime terapêutico, enaltecendo a importância do desenvolvimento comunicacional dos profissionais envolvidos no tratamento deste problema de saúde (Quadro nº1).

Concomitantemente, estes aspectos contribuem para que o ser humano, face a determinados processos de saúde – doença, consiga ter uma perspectiva positiva e portanto as experiências vivenciadas, sejam uma vertente impulsionadora para comportamentos de adesão. O ser humano opta pela adesão de forma convicta e informada.

Quando falamos em experienciar positivamente as vivências de vida, confinamos em autores que nos referem a importância destes aspectos para o desenvolvimento e aprendizagem do ser humano, na vertente psicossocial e emocional, cujo dinamismo entre elas não se apresenta estático. Apresentam dois conceitos base, a experiência de vida e o significado atribuído a essa experiência, evidenciando a aprendizagem e a experiência como representação do processo de maturação, estando aqui associado a experiência de vida na interacção de novas aprendizagens e constituir fonte de desenvolvimento. Consideram que a aprendizagem do adulto se focaliza na transformação e interacção da experiência vivida e não unicamente na acumulação de conhecimentos (Mirriam e Clark apud Danis e Solar, 1998).

“...Faço tudo, a minha actividade, não faço como fazia, mas já faço mais que aquilo que devia...”E6, 32.1

“...sim limitado, era um homem saudável, hoje já não sou, mas faço a minha vida normal desde que tome os medicamentos, faço a minha vida normal, vou fazendo as minhas coisas e o trabalho que fazia no dia-a-dia, tive de acabar com ele, não posso...”E5, 66.1

“...O que me influi é gostar muito de fazer as coisas, ganho uma força de vontade para fazer isto ou aquilo...”E9, 130.1

Esta perspectiva traz-nos contributos face às respostas humanas a determinados processos de adesão ao regime terapêutico não farmacológico, compreendemos que o ser humano através da experiência vivida, transforma ou não o seu desenvolvimento em termos de maturação perante o fenómeno em questão, sendo importante a interacção, não de o acumular de experiências, mas sim o significado que lhes atribui. As mesmas autoras referem que esta aprendizagem para ser significativa terá que ser percebida, mesmo de forma subjectiva como sendo pertinente (Mirriam e Clark apud Danis e Solar, 1998).

“...não sinto fome nem nada, quando andava a trabalhar, bastava comer mal uma refeição que andava logo desgraçado, por causa da diabetes...”E5, 24.1

“...tenho seguido todas as normas que me foram recomendadas pelo médico pois tenho verificado que na realidade me tem sido benéfico porque tenho melhorado da minha saúde...”E8, 2.1

“...gosto de dar o meu passeio, tenho o meu carrito, gosto de ir gosto da parte desportiva, gosto por exemplo de ver o futebol, gosto de acompanhar as coisas do dia a dia...”E5, 106.1

No entanto para que haja adesão, o ser humano utiliza estratégias que lhe conferem no fundo a sua responsabilidade enquanto parceiro das decisões neste processo. A percepção do ser humano, face aos resultados das decisões que toma, poderá ser o tronco comum na procura constante do equilíbrio ou sua manutenção, tendo como horizonte um nível óptimo de bem-estar.

“...ainda hoje gosto, quando tenho genica, gosto de fazer, não gosto muito de estar parada, quando estou parada é porque a coisa não está bem...”E9, 134.1

“...agente precisa é ter a força de vontade e ter gosto de fazer as coisas, é sempre a fazer até poder...”E2, 110.1

“...mas não quero parar, mesmo sentada não estou parada, é só fazer renda...”E2, 48.2

Face a determinadas formas de estar, agir e pensar, torna-se importante a dimensão seguinte, isto é, as crenças individuais. Influenciam neste caso de forma positiva o fenómeno da adesão, o facto do ser humano crer em algo, seja sobrenatural ou mesmo outro tipo de crença, conduzem-no a adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

Quando falamos de crenças, poderemos ter a tendência de canalizar os nossos sentidos para a religião. No entanto, poderemos referenciar que nesta dimensão surgiram-nos alguns aspectos relacionados com comportamentos e crenças, quer transmitidas por conhecimento popular, quer por conceitos que emergem de ideias preconcebidas, através da interpretação que cada ser humano dá às informações que lhe são transmitidas.

“...eu vi mesmo vir a morte, não morri ainda, não sei como é a morte, mas vi passar uma coisa lilás por mim e caí logo...”E2, 32.3

“...Deus por quem eu tenho muita fé, eu já tinha mas arranjei mais, estou muito grato porque fiquei uma pessoa e sinto-me capaz de trabalhar e devemos agradecer a Deus e Nossa Senhora por tudo o que tem feito por mim...”E6, 68.3

“...Tenho muita responsabilidade da minha doença, tanto que a minhas raparigas queriam-me dar uvas e eu deixa estar que eu vou lá a casa trago e como, porque uma vez ouvi uma pessoa estar a dizer, quem tem diabetes é bom comer doze bagos de uva...”E2, 122.1

Perante estas unidades de sentido, podemos concluir que o ser humano responde de forma única, de acordo com o que acredita e que lhe é transmitido (Berger e Luckmann, cf. p.29 e Margarida Vieira, cf. p.30).

No sentido de conceptualizar esta ideia, o modelo de crenças de saúde, identifica muito bem estes aspectos. Rosentock apud André (2005, p.35) refere que, *“...tendo como premissa que o comportamento era igual à soma da percepção que se tem sobre a importância de um determinado resultado de saúde e da expectativa de que um determinado comportamento leve a esse resultado...”*

Ainda para Becker & Maiman apud André (2005, p.35), *“...um indivíduo, para cumprir uma determinada orientação médica, necessita de ter um nível mínimo de motivação e de informação relevante, de ter a percepção da sua vulnerabilidade, de crer na eficácia da intervenção e de saber que da sua acção não resultam prejuízos graves...”*

Perante estes aspectos, o ser humano face ao fenómeno em estudo, tendo em conta a adesão enquanto processo positivo para o mesmo, constatamos que apesar de considerarmos o ser humano único e singular, existem nuances deste fenómeno em que

podemos generalizar, face aos autores que apresentamos e que nos fundamentam estes resultados.

Reach (2004), apresenta um modelo que evidencia o comportamento interpessoal, (Transtheoretical model of change) com três factores predisponentes, cognitivos, sociais e pessoais, para aquilo que o autor designa de intenções, que por sua vez estão associadas com os hábitos e com condições facilitadoras que conduzem a uma mudança de comportamentos.

O que na realidade, não é assim tão linear, uma vez que nem todos estes factores poderão estar presentes, assim como as condições ou outra característica. No entanto o ser humano poderá introduzir algumas mudanças no seu comportamento, nomeadamente face a um factor da vertente pessoal (exemplo deste aspecto, integração do comportamento como fundamental para a manutenção do seu equilíbrio e bem estar) orienta-o para a introdução da mudança.

Analisando o todo, compreendemos que o ser humano apresenta um conjunto de dimensões, pelas quais tem que estar integrado face aos seus contributos no resultado pretendido, para que possa assim encontrar o equilíbrio do seu bem-estar fisiológico, desenvolvimentista, psicológico, sócio-cultural e espiritual.

O fenómeno de enfermagem, adesão ao regime terapêutico não farmacológico, que evidenciamos nesta análise, apresenta a vertente da prevenção, em que o objectivo deixa de ser a cura, mas uma forma de projecção para o futuro, em que o ser humano a integra como um processo e não como um produto acabado.

A importância de compreendermos a conceptualização desta prevenção, tendo em conta os aspectos que emergem do ser humano, contribui para que enquanto profissionais de saúde, possamos no futuro criar estratégias mais precisas e personalizadas no sentido de promover comportamentos de adesão, numa perspectiva menos assimétrica.

Face às estratégias utilizadas na prevenção, será importante desenvolvermos habilidades e conhecimentos que possam dar ferramentas ao ser humano em contexto sócio-cultural, e desenvolvimentista, que perante a necessidade de orientação no seu processo de saúde/doença este possa desde logo, mostrar capacidades de poder mudar ou instituir novas formas de pensar e agir, repercutindo-se em ganhos de saúde.

É neste âmbito, que em termos de conceptualização compreendemos a perspectiva dos três níveis de prevenção que o modelo dos sistemas de Neuman (1995) apresenta, cuja

evidência está neste contexto, mais direccionado para os dois primeiros níveis, a prevenção primária e secundária, cuja abordagem é intencional face às estratégias a implementar no ser humano (Neuman, cf. p.38).

Neste estudo constatamos que estes níveis estão presentes, nas dimensões apresentadas e nas unidades de sentido e enaltecem estes aspectos de uma forma muito específica.

Neste processo compreendemos o que o ser humano projecta como fazendo parte integral do seu dia-a-dia e que o orienta para a adesão, uma vez que interioriza o comportamento desejado como uma actividade de vida diária, que desenvolve sem qualquer dificuldade ou contrariedade, não pensando nela como algo provisório, mas como um processo adaptativo e estratégico para promover hábitos de vida saudáveis.

“...Força de vontade, tenho muita pena que por causa de comer, olha por causa de eu comer já me fez mal e não quero, como outro e não como aquele e fico bem, para que serve eu ficar mal com uma coisa que eu sei que me faz mal, como aquilo que me faz bem...”E2, 22.1

“...faço uma alimentação muito restrita evitando gorduras, álcool, não faço excessos em produtos com cafeína, única e simplesmente é a água...”E8, 2.3

Um outro conceito que emerge neste estudo, é a cultura, que de alguma forma contextualiza as razões que levam o ser humano a aderir ao regime terapêutico não farmacológico, mas que se dilui muito naquilo que face ao ser humano, se evidencia mais pelo autoconhecimento, da capacidade de decisão e da sua avaliação face aos resultados, assim como do saber experienciado que cada um vai acumulando ao longo da sua vida e que não sendo um conhecimento científico, gera no ser humano, sentimentos de competências adquiridas cuja interacção influencia positivamente o processo de adesão.

Por outro lado, podemos referenciar também, as crenças individuais que fazem parte do ser humano, pois evidenciam aspectos cuja influência culmina na adesão ao regime terapêutico não farmacológico. Podemos constatar a forma como cada ser humano enaltece estas questões e as posiciona face aos resultados esperados, ou seja, o facto de acreditar em algo, logo á partida predispõe o ser humano para aderir de forma mais convicta ao regime terapêutico não farmacológico (Berger e Luckmann, cf. p.32).

“...andei muito tempo não bebia nada, não posso beber que tenho diabetes só bebia água, eu sentia muita fraqueza fui a uma consulta da cardiologia e contei ao médico,

há uns tempos comecei a beber um copo de vinho tinto ao almoço e outro ao jantar e tenho me dado plenamente bem...”E5, 34.3

*“...Tomo uns comprimidos e bebo o chá de oliveira e descanso...”*E7, 142.1

*“...acredito em Deus, tenho muita fé e devo-lhe dizer muito sinceramente quando nos meus momentos mais difíceis tenho sempre uma esperança tenho sempre uma fé...”*E8, 14.1

*“...quero a minha saúde, tenho muito amor á minha vida e tenho muito cuidado...”*E2, 38.2

Portanto estas unidades de sentido, consideramo-las de extrema importância, face aquilo que estamos a analisar, uma vez que ilustram de forma específica as razões de cada ser humano para aderir ao regime terapêutico.

Podemos verificar nesta análise que as três grandes razões que relevamos, estão intimamente relacionadas com o ser humano enquanto percurso(r) do fenómeno, a compreensão da necessidade de mudar hábitos de vida, as estratégias pró-activas e as crenças individuais.

Passamos então a ilustrar a síntese da adesão ao regime terapêutico não farmacológico, através do quadro nº7.

Quadro nº 7 - Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
<p>Compreensão da mudança de hábitos de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessidade por parte do ser humano de compreender esta mudança; ➤ A importância dos stressores, nas respostas do ser humano na mudança dos hábitos; ➤ A integração por parte do ser humano, de adaptar novos hábitos, relacionado com as prioridades do mesmo face à sua percepção no processo de saúde/doença; ➤ A motivação e predisposição do ser humano para dar continuidade a todo o processo, tendo em conta o tempo para se tornar num hábito;

<p>Estratégias pró-activas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano com co-responsabilização pela sua própria saúde; ➤ Fomento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde como prioritária por parte do ser humano; ➤ Perspectiva de parceria nos cuidados e na implementação de novos hábitos; ➤ Experiência vivida em interacção com o significado que o ser humano lhe atribui, como factor positivo de adesão;
<p>Crenças individuais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano responde de forma única e de acordo com aquilo que acredita e que lhe é transmitido; ➤ O ser humano quando acredita apresenta desde logo predisposição para a adesão;

Esta foi a sistematização dos aspectos, que se evidenciaram neste quadrante, em que o ser humano enquanto percursor do fenómeno traduz-se nas dimensões apresentadas.

Não sendo nossa intenção apresentar apenas os dois quadrantes da adesão, que face ao esquema de análise se posicionam no plano superior, passamos a apresentar, os dois quadrantes da não adesão aos dois tipos de regime terapêutico, que face ao esquema de análise se posicionam no plano inferior (figura nº5).

O ser humano como percursor do fenómeno, tem todas as condições não só pró-activas, como também reactivas, que o conduzem para a não adesão ao regime terapêutico, no caso específico, em relação ao regime farmacológico, onde surgem aspectos ligados ao ser humano.

Na mesma linha de apresentação, ilustramos o esquema de análise, com algumas unidades de sentido e que demonstram o quanto o ser humano pode ser percursor de um fenómeno em ambos os sentidos

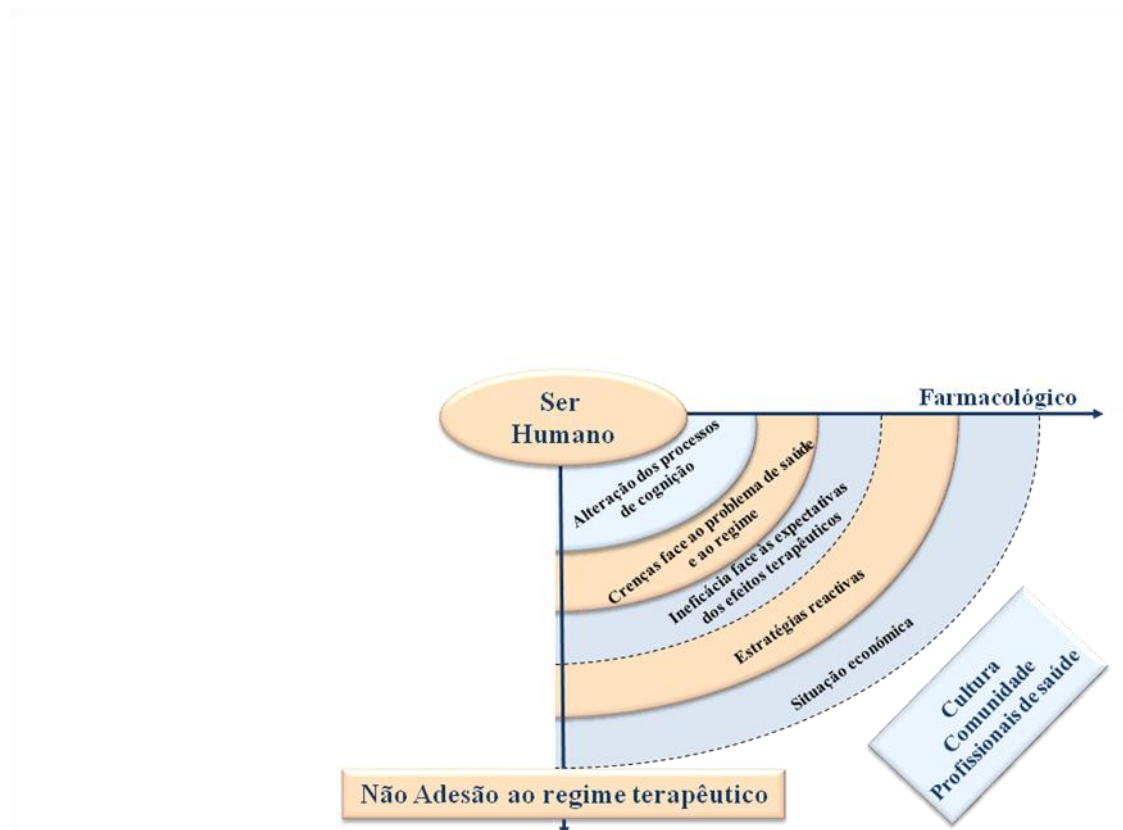


Figura nº 5 – O ser humano não adere ao regime terapêutico farmacológico

Ao introduzirmos os aspectos da não adesão, em que o ser humano é o seu percursor, foi porque constatamos que existem situações que estão intimamente relacionadas com aquilo que o ser humano decide e preconiza face ao que tem que realizar e cumprir.

“...só falta numa coisa, mandar-me tomar dois e tomo só um...” E9, 76.24.

“...acho que se gostasse um bocadinho mais de mim própria, talvez me cuidasse mais também, tomaria mais a medicação mais a tempo e horas, e como devia...” E4, 12.1

A perspectiva da tomada de decisão nestas dimensões, cujo resultado é a não adesão ao regime terapêutico farmacológico, está intimamente relacionado com a forma como o ser humano percebe os seus problemas de saúde e em termos da sua compreensão face aquilo que é necessário implementar para a sua resolução ou recuperação. Por vezes, a expectativa face aos resultados esperados é muito alta, quer em termos do tempo, quer em termos da eficácia, o que leva o ser humano a abandonar todo o processo de tratamento (Silva e Pinto, cf. p.27 e 28).

“...entrei e tive que lá estar a receber soro e aquilo passou, tinha de vir de lá limpo, tive lá três horas e meia, levei três frascos e meio de soro...”E3, 2.10

“...sim, os rins e o problema de coração, porque está cansado...”E9, 8.1

Estes aspectos dizem respeito aos factores que são inerentes ao ser humano e ao ambiente, que de alguma forma conduzem para esta situação, onde neste âmbito, não podemos separar de forma tão linear, uma vez que são interdependentes (Proshansky e tal apud Barracho, cf. p.62). (Galan, cf. p.45 e 46); (Damásio, cf. p. 56).

Nesta vertente, surgem também as crenças face aos problemas de saúde e ao regime, que na sua globalidade transparecem das ideias preconcebidas ou construídas na base do senso comum. O fundamento científico vai muito para além do que é assumido como aconselhável, isto é, o ser humano adopta como princípios válidos, aspectos cujo teor fidedigno em termos de informação, passa muito pelo que pensa ser o correcto, ou o que na sua opinião tem mais lógica, relativamente aquilo que apresenta e sente face ao seu problema de saúde e ao regime que tem que cumprir (Sousa Santos, cf. p.30) (Hesbeen, cf. p.65).

“...tudo pode fazer bem, agente às vezes é que pensa que faz mal...”E3, 110.2

“...cheguei a casa com os comprimidos debaixo da língua, tomei um dos meus, bebi uma pinguinha de chá de folhas de oliveira, que também resolve, as folhas de oliveira resolve a tensão alta...”E7, 108.1

Porventura, existem outras situações em que apesar das decisões, estas podem basear-se em processos cognitivos alterados, não só em termos biológicos, como também relacionadas com ideias erróneas, considerado também como não adesão. Estamos a falar em aspectos como o esquecimento da toma da medicação, da percepção do ser humano face a determinados medicamentos e seus efeitos secundários, que o levam a abandonar o regime terapêutico (Honoré, cf. p.58).

“...havia de acabar de comer e ir logo tomar os comprimidos...”E1, 44.2

“...não vou porque acabei de comer e vou fazer alguma coisa, passou, mas depois tem que ir tomar os comprimidos...”E1, 44.3

“...vou experimentar nos comprimidos, se vir que realmente que é esse o resultado, eu santa paciência mas não tomo, posso tomar outra coisa, mas isso não tomo, porque ontem e hoje tenho passado um dia nada bom...”E9, 24.3

“...dizem que da vista que é, pelo menos disse a doutora da vista, que é ligado aos diabetes, que apanharam...acho que é esta vista que apanha os diabetes e depois por isso é que é capaz de custar mais a passar...”E3, 14

“...vou avaliar isso, se realmente vir que é esse o mal, tenho que desistir...”E9, 28.1

“...disse à Sr. Dr. que precisava de qualquer coisa para a memória, porque estou muito esquecida da minha cabeça...”E1, 10.1

O fenômeno da não adesão releva as reações ou estratégias reactivas do ser humano, perante a sua expectativa na instituição de um regime terapêutico farmacológico cujas orientações, implicam alterações dos seus hábitos de vida e restrições a nível comportamental. O ser humano apreende estas alterações como uma privação face às coisas que gostava de fazer, o que mais tarde ou mais cedo se repercute na não adesão.

Quando falamos nos processos cognitivos alterados, emergem as situações do esquecimento frequente, da dificuldade na compreensão do esquema terapêutico, cujo ser humano em questão apresenta em vários momentos da recolha dos dados.

“...depois a hora de almoço, tornaram a dar-me mais uns comprimidos que já não me lembra o que era...”E1, 68.6

“...sim, tem que se mudar mesmo, por vezes tomo outras vezes não...” E4, 34.1

“...às vezes ao almoço, ai meu Deus não tomei os comprimidos e depois vou tomar, sinto que me falta os comprimidos...”E1, 30.1

Reach (2004, p.418) refere que, “...Esta falta de memória pode explicar em parte porque a complexidade do regime terapêutico tem um maior impacto na adesão à terapêutica (...) uma primeira abordagem nestes pacientes com falta de memória pode consistir em oferecer-lhes informação escrita sobre o esquema...”⁶ Com esta estratégia e quando são os processos cognitivos que estão alterados, esta preocupação em manter o ser humano com informação de fácil acesso, segundo o mesmo autor, faz com que este memorando, incuta o hábito e que após algum tempo, este processo já seja feito de forma organizada e integrada.

⁶ “...This failure of memory may explain in part why the complexity of the therapeutic regimen has a major impact on therapeutic adherence (...) a first approach to compensate for the patient’s limited memory may consist in giving them written information in the form of medicine reminder chart...”(Reach, 2004, p.418)

No entanto, este hábito pode ser encarado de forma positiva ou negativa, pelo que também será conveniente introduzir em termos de adesão, contrapondo esta situação do hábito face ao regime terapêutico farmacológico, uma vez que pode ser facilitador na perspectiva de execução de tarefas repetidas (toma dos medicamentos, por exemplo), mas apresenta os seus riscos, a rotina pode tornar-se perigosa, principalmente quando as questões exigem ponderação e decisões (Reach, 2004).

Perante esta constatação, o ser humano poderá desenvolver algumas estratégias reactivas que de alguma maneira têm um carácter provisório e que se articulam muito com outra dimensão, ou seja, a ineficácia face às expectativas dos efeitos terapêuticos, uma vez que, a justificação do não cumprimento do regime terapêutico farmacológico, pode estar baseada na ineficácia e nas expectativas face ao tratamento, que o ser humano criou (OMS, cf. p.47).

Apesar da estrutura metodológica do estudo, enquanto documento escrito, apresentar as duas grandes áreas temáticas de alguma forma sequencial, não poderemos deixar de integrar nalguns pontos esta mesma articulação, entre as várias dimensões, apesar dos seus sentidos integrarem umas o ser humano e outras o ambiente.

“...abuso um bocadinho na saúde porque eu não havia de comer certas coisas e como, faço a alimentação e a medicação assim e pronto...”E7, 4.6

”...isso da bebida, pois sou filho da cepa, não é, mas penso que a bebida, que gostava tanto de aguardente, mas pronto por causa destas coisas tive de deixar de beber...”E3, 40.3

“...medicação, tenho que a tomar mesmo, não sou das pessoas que tome mais conta de mim própria...”E4, 4.4

“...vejo que são coisas que me estão a prejudicar, nessa altura não tomo, não como tenho que me resignar...”E9, 126.2

Nesta análise, constatamos que o ser humano face à necessidade de cumprir o seu regime terapêutico farmacológico, apresenta algumas dimensões que o impedem ou o levam a decidir pela não adesão.

No sentido de podermos sintetizar estes aspectos podemos afirmar que três dimensões se evidenciam, as alterações cognitivas, as estratégias reactivas e as crenças face ao

problema de saúde, que cada ser humano contextualiza, sendo o resultado final a não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

Podemos destacar essencialmente enquanto aspectos da cognição o esquecimento em relação ao cumprimento de horários e do esquema terapêutico. Em relação às crenças face ao problema de saúde, surgem como aquilo que o ser humano acredita e que o leva a procurar outras soluções. Enquanto estratégias reactivas, emergem aquelas que de alguma forma implicam uma atitude de renitência por parte do ser humano, face à necessidade de mudanças nos seus hábitos de vida, mesmo que sejam transitórias.

Quadro nº 8 - Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Processos de cognição alterados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O esquecimento surge como principal factor; ➤ O ser humano nem sempre consegue integrar o esquema terapêutico, o que leva a adequações;
Crenças face ao problema de saúde e ao regime	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano constrói ideias erróneas sobre o seu problema de saúde; ➤ As crenças exercem maior influência sobre o ser humano, o que o leva a procurar outro tipo de regime ou outra explicação face ao seu problema;
Estratégias reactivas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano reage ao regime terapêutico instituído como redutor e restritivo aos seus hábitos de vida; ➤ Apesar de ter a noção que deve cumprir, em contexto não consegue porque acredita que de vez em quando não faz mal;

Numa orientação, cuja preocupação é a adesão ao regime terapêutico, verificamos que existem dimensões que levam à não adesão no âmbito do regime terapêutico não farmacológico (Figura nº 6), relacionados com o ser humano enquanto percursor do fenómeno.

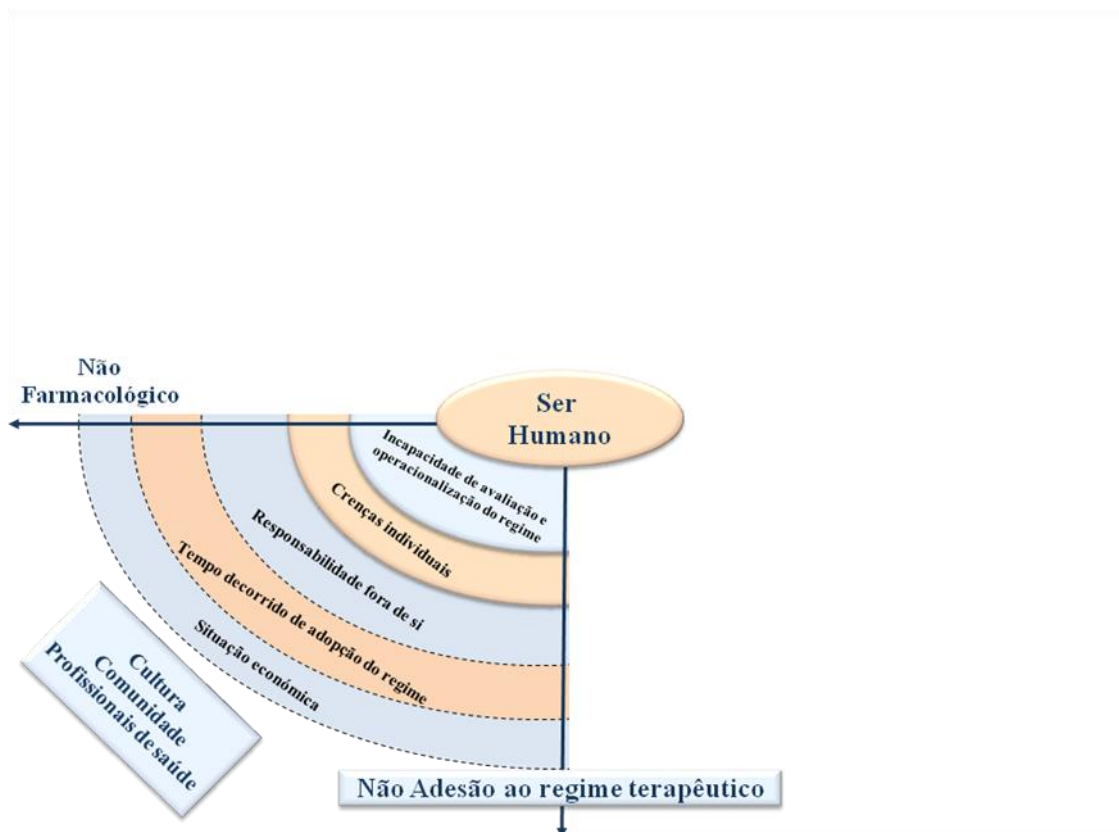


Figura nº 6 – O ser humano não adere ao regime terapêutico não farmacológico

Constatamos que uma das dimensões mais próximas do núcleo central – o ser humano, é a incapacidade de avaliação e operacionalização do regime. Emergem unidades de sentido cujas razões apontadas evidenciam as dificuldades que o ser humano apresenta face à necessidade de avaliação do regime e ao mesmo tempo, de conseguir operacionalizar as indicações e as orientações dos profissionais de saúde, quer por limitações físicas ou cognitivas.

“...Depois às vezes descanso um bocadinho, outras vezes não descanso, a médica diz que eu devia descansar todos os dias, eu às vezes descanso outras vezes não...”E1, 4.4

“...posso beber mais um copo, por causa de ser galinha de cabidela, por exemplo, a malta gosta daquilo e vamos lá almoçar e depois sempre se bebe um copinho, bebe-se um café e bebo um cheirinho no café, mas é só quando agente vai almoçar...”E3, 48.1

Percebemos que o ser humano, apesar das indicações e da consciência de que deveria fazer, não faz, assumindo desde logo e referindo até, aquilo que o profissional de saúde o informou e como o orientou.

“...fico com essa esperança e com uma grande força dentro de mim, mas de vez em quando também há sempre um falhanço, agente tem aquela ideia, não ele tem razão, o médico tem razão em estar (...), para comigo mesmo vou dizendo isso, tenho que fazer e até poderei fazer, mas não o faço á risca, não posso dizer que o faço á risca porque se o fizesse á risca talvez tivesse bastante melhor...”E4, 64.1

“... Eles dizem que é para eu não comer fritos, mas eu gosto, da salada, só de alface, só como, se comer peixe frito...”E3, 10.3

Identificamos esta dimensão porque se encontra inerente a este tipo de situação, uma interacção com os hábitos de vida do ser humano, que estão de tal forma integrados no seu dia-a-dia que não consegue introduzir alterações ou adaptações, com o objectivo de cumprir o seu regime terapêutico não farmacológico.

“...como dizem é seis, sete vezes, mas ora agente não foi habituados, eu não fui habituado a isso e é natural que o estômago não aceite...”E3, 32.1

“...estou tão bem e dá-me vontade de ir comer um gelado, pois se o tenho em casa vou comê-lo, ora saber que não lhe pode tocar, porque é que o foi comer? Há qualquer coisinha ali na cabecinha que não está certo, estou farta de dizer ao médico, ó senhor doutor, sabe que a maior doença é a cabeça, tem que me mandar para um médico da cabeça...”E4, 66.2

Berger e Luckmann (1973, p.77), afirmam: *“...Toda a actividade humana está sujeita ao hábito. Qualquer acção frequentemente repetida torna-se moldada em um padrão (...) O hábito implica além disso que a acção em questão pode ser novamente executada no futuro da mesma maneira...”*

A incapacidade para avaliar e operacionalizar o regime, revela o nível de conhecimentos de cada ser humano e a forma como isso interfere nas suas respostas, que nesta análise predominam em termos de não adesão. Podemos mobilizar nesta dimensão a concepção do Modelo de Sistemas de Neuman, referente às variáveis psicológica, sócio-cultural e a desenvolvimentista (Neuman, cf. p.40 e 41).

Pichert apud Galán (2004, p.58), refere num estudo sobre uma população diabética, aspectos que fundamentam estas afirmações:

“ La carencia de conocimientos y habilidades es un buen predictor de no adherencia. La adquisición de conocimientos, limitada a la simple transmisión de información, no mejora el nivel de adherencia; cuando se aprenden datos sobre la diabetes però se es incapaz de reconocer cuándo usarlos para resolver nuevos problemas, podemos hablar de conocimiento inerte”

Neste contexto, um estudo relacionado com os factores psicológicos que influenciam a adesão ao regime terapêutico no ser humano asmático, revelou que os efeitos secundários e as sobredosagens da terapêutica farmacológica acontecem, por deficit de conhecimentos e de capacidade de compreensão. Muitos que demonstram adesão inicialmente, no futuro poderão tornar-se não aderentes por apresentarem um baixo nível de conhecimentos, quer dos possíveis riscos, quer da inadequada interpretação dos efeitos secundários, com o risco de utilizar até, de forma não convencional na sua procura alguma informação que possa não ser esclarecedora (Davila, 2006).

Outras dimensões emergem relacionadas com o ser humano, as crenças individuais, nomeadamente na importância que lhes é atribuída face às indicações dos profissionais de saúde. O ser humano algumas vezes adopta outras opções que não aquelas que o profissional de saúde lhe sugere, porque acredita que o que está a fazer em alternativa é suficiente, ou é mais eficaz. Nomeadamente esta relação depende da sua capacidade de decisão quer em termos fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e cognitivos (Amendoeira e Nieli Langer, cf. 51).

“...também bebo muito chá da carqueja...Diz que é para os rins...”E7, 136.1

“...estava com a tensão alta, estamos ali à espera montes de tempo, quanto mais tempo mais me enerva, aquilo sobe mais...”E7, 142.2

“...um dia destes que estava com uma azia um copo de água, uma colher de açúcar, mexer aquilo e truca (bebia) ...” E3, 76.4

“...a minha Rosária quando era nova tinha uma ulcera no estômago tinham que a vir trazer a casa com a dor, ia com ela para os médicos, melhorava um bocadinho tornava outra vez com aquela dor uma vez pedi à senhora que a curasse porque ela ainda era uma menina nova, rezava sempre à senhora, pedia à senhora e a minha filha curou-se...”E1, 148.2

No regime não farmacológico, emergem imensos sentidos em termos de vivências e emoções face ao que se podia fazer e agora não pode, uma vez que perante determinadas indicações, o ser humano vê a sua vida de alguma forma limitada.

No entanto, se a perspectiva for pró-activa, este consegue criar mecanismos de adaptação para poder fazer face a estas mesmas limitações. Outros então, porque não estão motivados para o fazer continuam a agir como se nada tivesse que ser alterado, ou então, vão alterando de vez em quando, o que em termos de conceito de adesão, está integrado na não adesão (Hesbeen, Ribeiro, cf. p.59 e 60).

“...estão sempre a avisar-me disto e daquilo, mas há dias que entorpeço...”E3, 68.1

“...sei o que devia fazer, porque indo várias vezes ao médico, os médicos falam e se nós lhes dermos um bocadinho de ouvidos, sabemos bem o que é que devemos fazer, mas eu não tenho feito isso eu sabia que devia comer mais vezes o que é que devia comer e por vezes há sempre a tentação...”E4, 12.2

“...Redimir é abusar menos, beber menos uns copos, em quantidade a comida é a mesma coisa, nem tenho comido às vezes sopa, dizerem que é para agente comer Seis a sete vezes por dia, não sou capaz, não sou capaz porque almoço, de manhã isso aí é mais ao menos respeitado e depois almoço e depois ao jantar, em lugar de comer um iogurte ou uma peça de fruta, não o faço, como é uma merendazinha como deve de ser e às vezes até como logo o prato de sopa que tenho a comer e pronto e fica assim, às vezes dá-me a fome, levanto-me venho ali e como um iogurte...E3, 30.1

Em termos teóricos, emergem aqui as questões da motivação, cujo modelo foi referenciado anteriormente, cujos contributos se tornam cruciais para compreendermos que quando não existem as três características: colaboração, evocação e autonomia o ser humano apresenta maior probabilidade de não adesão face ao fenómeno.

O ser humano e as vivências experienciadas ocorrem a um ritmo alucinante. Rapidamente estão tão imersos no complexo viver do dia-a-dia, que quando se deparam, já estão de novo a desenvolver as actividades de vida diárias da forma como sempre o fizeram.

“...eu vou fazendo, porque vejo que quando abuso aquilo agrava, depois diminui, portanto, o caso que estou a dizer é técnico, por exemplo, passou de cento e vinte cinco para cento e trinta e cinco e agora hoje tinha cento e dois, portanto alguma coisa se passou, agora no aspecto de beber, só se beber em excesso...”E3, 16.1

“...uma vez por semana, porque sei que me faz mal pois calha naquele dia e depois os outros procura-se não fazer, depois pode haver outro, é assim...”E3, 44.1

Quando é que se apercebem desta situação? Quando por algum motivo surgem sinais de alerta face ao problema que já tiveram, ou porque alguém que se preocupa lhes chama à razão, no entanto, neste contexto, por vezes, este alerta é sentido como pouco significativo e quem está à sua volta está a exagerar, daí o resultado final seja a não adesão ao regime terapêutico (Ramos, Ribeiro, Bennet, cf. p.48).

Eis algumas unidades de sentido que o ilustram:

“...gosto muito de diospiro e comi três diospiros, a minha mulher a ralhar para eu não comer, mas eu também só hoje...”E3, 76.2

“...às vezes acontece quando me vou deitar, vou sempre procurar se há alguma bolachita, tenho das minhas integrais mas está a apetecer-me mais das outras Maria e a minha mulher diz: já estás a comer doces outra vez e aí eu não devia comer...”E6, 66.1

“...É descuidar-se (riu) e beber uns copos...”E3, 70.1

“...ultimamente tenho abusado na questão do trabalho...”E6, 4.4

“...quanto ao comportamento alimentar mantive durante um ano e meio, um regime mesmo, tal e qual como me tinham indicado no hospital, a partir de um ano e meio já tenho cedido a várias coisas que às vezes me arrependo de ter comido...”E6, 4.2

Nesta perspectiva, a mudança surge quando o ser humano se consciencializa que tem que mudar e aí utiliza os conhecimentos que tem, ou procura mais face às suas necessidades e cria estratégias que o ajudam a mudar, o que neste quadrante não acontece, daí os factores abordados, tanto poderem ser positivos como negativos, dependendo da perspectiva do ser humano e do seu contexto (Quadro nº1).

Autores como Galán apud Glasgow (2004, p.59), reforçam esta ideia, *“...aquellos componentes que suponen câmbios en el estilo de vida, como la dieta o el ejercicio, son más problemáticos de realizar que los aspectos más “médicos” del tratamiento...”*.

Um outro aspecto importante que se evidencia, é a relação das crenças individuais com a não adesão ao regime terapêutico não farmacológico, o que mais uma vez está de acordo com o modelo de sistemas de Neuman, relativamente à presença desta dimensão em ambos os fenómenos – adesão e não adesão face ao regime terapêutico não

farmacológico, mas cuja influência é positiva ou negativa consoante a resposta do ser humano (Berger e Luckmann, cf. 32); (Neuman, cf. p.41).

Neste contexto, podemos observar a relação entre o que se crê enquanto factor predisponente para um tipo de resposta e a vontade que o ser humano apresenta em fazer valer como estas crenças são tão ou mais eficazes que as indicações dos profissionais de saúde.

A perspectiva, é de omissão destas crenças, mesmo que os resultados sejam favoráveis, mas, ficam sempre na forja e com a convicção de que não foram os medicamentos ou os cuidados tomados os responsáveis, mas sim, aquilo que tomaram ou fizeram em termos de conhecimentos populares, como é o caso dos chás ou de outros produtos. Eis algumas unidades de sentido que o traduzem:

"...chá das malvas, bebo faz de conta que estou a beber água, e dou-me bem com aquilo..."E7, 126.1

"...faço o chá de oliveira, uma pinga de chá, não lhe disse a ela (médica) que chá era, sento-me, deito-me na minha cama, tomo um meu, estes dois comprimidos que a sr. dr. me deu, e de certeza que a tensão baixa..."E7, 142.3

"...(chá de) piri-cão, diz que é para o fígado, não sei se é se não, eu bebo..."E7, 132.1

Nesta análise da não adesão ao regime terapêutico não farmacológico onde o tema releva o ser humano como precursor do fenómeno, emergem as dimensões cujos sentidos estão mais relacionados com o que é inerente às suas capacidades.

Consideramos as dimensões, perspectivando a não adesão, como os factores responsáveis onde se enquadram a incapacidade para percepcionar os problemas de saúde, para a compreensão do regime, a falta de motivação para o operacionalizar e as crenças individuais. Estas poderão ser interpretadas à primeira vista como algo que pertence ao ambiente externo, mas, no entanto, emergem daquilo que o ser humano acredita e não do que lhe é externamente aconselhado, ou seja, são crenças adquiridas ao longo da sua experiência de vida e cujos resultados, têm um peso sobre a sua forma de adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

Estas questões estão conceptualizadas a nível do modelo de sistemas de Neuman, o qual define três tipos de ambiente, (Neuman, cf. p.42) o que neste âmbito se adequa ao ambiente interno. Ao mesmo tempo podemos mobilizar para esta análise, alguns dos

factores enunciados no enquadramento teórico, principalmente os que a Organização Mundial de Saúde, identificou e que estão relacionados com o ser humano, que entram na linha deste estudo, ou seja, os conhecimentos, a percepção e atitude face ao problema de saúde, as crenças em saúde e a motivação, que é o que estamos neste momento a analisar (OMS, cf. p.47).

Quadro nº 9 - Síntese da análise do tema “O Ser Humano como precursor do fenómeno”- Não adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Incapacidade de avaliação e operacionalização do regime	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As capacidades cognitivas e psicológicas revelam-se como factores importantes que interferem nesta dimensão; ➤ A incapacidade de percepção dos efeitos do regime terapêutico; ➤ Os hábitos adquiridos como factor negativo para a operacionalização do regime; ➤ A falta de motivação como factor preponderante;
Crenças individuais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As crenças do ser humano, influenciam de forma negativa a adesão ao regime terapêutico não farmacológico; ➤ O ser humano mobiliza as suas crenças porque acredita nos seus resultados; ➤ O ser humano procura complementar aquilo que acredita com o que os profissionais de saúde lhe propõem; ➤ Atribuição de uma maior relevância para as suas crenças em detrimento das orientações dos profissionais de saúde.

3.2– O AMBIENTE INTEGRADO(R) NO (DO) SER HUMANO

Quando falamos do ambiente relacionamos com a natureza, com o que nos rodeia. Sabemos que os conceitos são os instrumentos que nos permitem cientificamente

fundamentar qualquer ideia ou afirmação que surja num determinado problema em estudo.

Nesta análise, o conceito de ambiente surge de uma forma mais abrangente, segundo o Modelo de Sistemas de Neuman, ou seja, a reciprocidade entre o ambiente e o ser humano, enquanto conceitos metaparadigmáticos da disciplina de enfermagem, contribuem para compreendermos de forma coerente e integrada, como é que o ambiente pode ser integrador do ser humano (cf. p. 43 e 44).

Segundo Neuman apud Freese (2004), considera em primeiro lugar o conceito de ambiente e pessoa como os fenómenos básicos do modelo, coexistindo realmente uma relação recíproca.

Principalmente dois dos ambientes que identifica, são importantes para ajudar a compreender o fenómeno da adesão, uma vez que explica muitas das respostas do ser humano num contexto específico em termos da estrutura do raciocínio e do conhecimento.

“...O ambiente interno é intrapessoal, com toda a interacção contida no cliente. O ambiente externo é interpessoal ou extrapessoal com todas as interacções a ocorrerem fora do cliente...” (Neuman apud Freese, 2004, p.340).

Apesar do fenómeno de adesão e do tipo de regime terapêutico, estarem muito relacionados com o ser humano enquanto precursor do mesmo, sofre influências deste ambiente.

O facto de considerarmos durante o estudo, o ser humano como o precursor central do fenómeno, constatamos que na análise emerge um outro tema – O ambiente integrado@ no/do ser humano, em que as dimensões identificadas pelo ser humano, interagem neste conceito de ambiente. Por este motivo, relevamo-lo como um conceito integrado@ no/do ser humano (Berger e Luckmann, cf. p.29 e 30).

Consideramos que o ambiente faz emergir alguns dos aspectos que influenciam directamente as respostas humanas face aos processos de saúde doença, como elucidada o quadro nº10 que apresentamos de seguida, cujas dimensões evidenciam as interacções que ajudam a compreender o fenómeno, tendo em conta o segundo tema já referenciado.

Quadro nº 10 – O ambiente integrado® no/ do ser humano

REGIME TERAPÊUTICO	SIM	NÃO
FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Percepção e informações sobre os efeitos terapêuticos; 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Ineficácia face às expectativas dos efeitos terapêuticos; ◇ Situação económica;
NÃO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Suporte familiar e pessoas significativas; ◇ Adaptação face às orientações dos profissionais de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Responsabilidade centrada no outro; ◇ Tempo de implementação do regime não farmacológico; ◇ Situação económica;

Constatamos que face ao fenómeno, quando analisamos em ambas as vertentes do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, surgem duas dimensões neste ponto que conduzem o ser humano para os quadrantes cujas respostas se orientam para a adesão, e aqui podemos afirmar aquilo que Neuman defende, quando aborda a influência do ser humano sobre o ambiente e do ambiente sobre o ser humano, podendo ser positiva ou negativa a qualquer momento, estas variações em ambos os sistemas, podem afectar as respostas e a direcção nas tomadas de decisão (Neuman, cf. p.40-42).

Surgiram em ambos os temas dimensões comuns, mas como defende a teoria sistémica, tanto o ser humano como o ambiente são aqui definidos como sistemas em constante interacção. Enquadramos dimensões do ser humano face à perspectiva positiva da adesão e ao mesmo tempo evidenciamos noutra vertente, onde o ambiente surge como um elemento integrador do ser humano tendo em vista as respostas face ao fenómeno em estudo.

Apenas surge uma dimensão na adesão ao regime terapêutico farmacológico, como fazendo parte do ambiente, o que se explica também, pela questão de investigação formulada, cuja finalidade é - compreender as dimensões que levam o ser humano a

aderir a um determinado regime terapêutico, evidenciando mais as dimensões relacionadas com o ser humano e as suas respostas face aos estímulos e conhecimentos que apresenta no seu contexto social e cultural (Bogdan e Biklen, cf. p.54).

Por este facto apresentamos o esquema de análise, dividido da mesma forma em quatro quadrantes, extraído destes, apenas as dimensões que enquanto tema, relevam contributos para a análise.

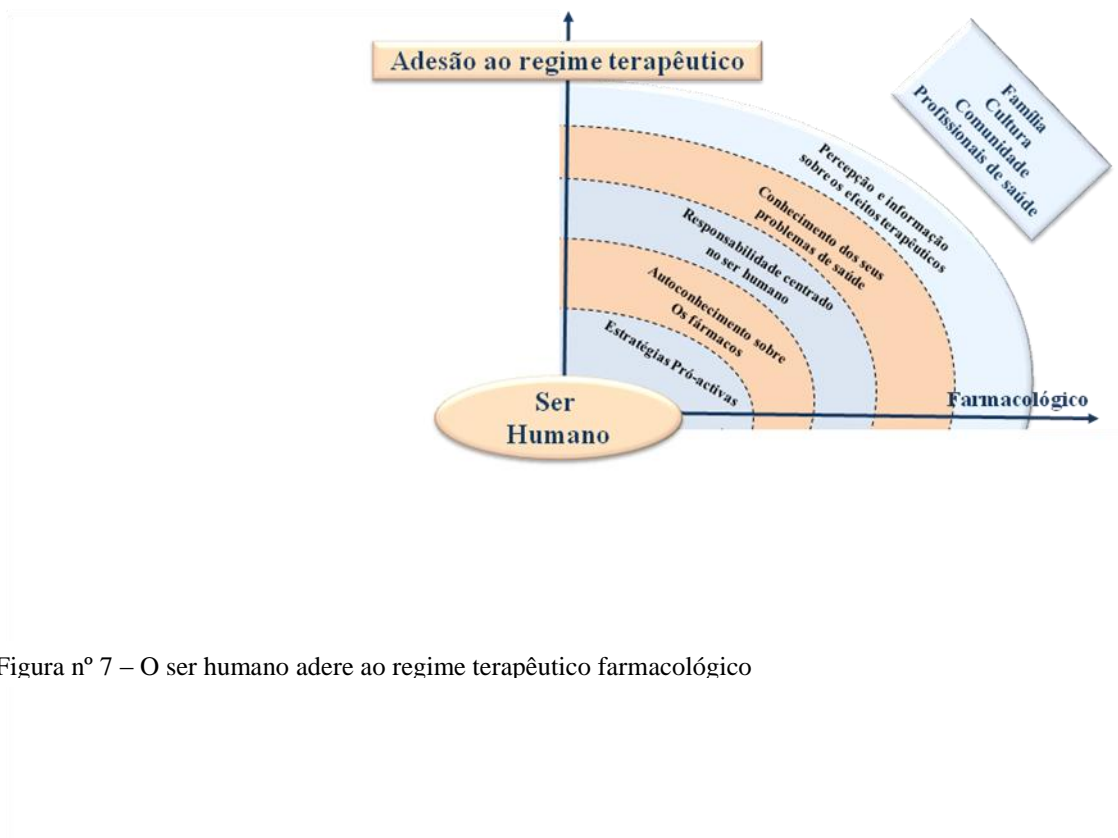


Figura nº 7 – O ser humano adere ao regime terapêutico farmacológico

Ao analisarmos pensando nos conceitos abordados neste tema, o ambiente integrado® no (do) ser humano, compreendemos que a dimensão cujo ambiente exerce de alguma forma influência sobre o fenómeno da adesão ao regime terapêutico farmacológico, relaciona-se de forma muito directa com a percepção e informação, não só em termos do esquema terapêutico, como também em relação às informações sobre os efeitos terapêuticos.

Nesta perspectiva, depreende-se que o ser humano, cuja formação não é de todo relacionada com a saúde, espere dos profissionais de saúde as informações para poder compreender e poder cumprir o seu regime terapêutico farmacológico, em consciência e com informação adequada, o que contribuirá para a adesão.

“...Mantenho-me a fazer a medicação toda, porque eu falei á Dr. I. e disse-me fico muito contente em que você tenha tensões baixas...”E6, 56.1

“...à noite janto e tomo outra vez os medicamentos como a Sr. Dr. Manda...”E1, 4.5

“...planeio de manhã em jejum, vou tomar logo o comprimido...”E1, 20.1

Em todas as unidades de sentido, constatamos que o ser humano compreendeu que para além da necessidade de ter que se adaptar a uma nova forma de viver, os resultados terapêuticos evidenciavam contributos positivos, que no seu todo orientam o ser humano para a adesão, integrado num contexto específico, cujo resultado final é o seu bem-estar.

Canguilhem apud Hesbeen (2001), evidencia um aspecto importantíssimo, que retrata de forma pertinente estes aspectos, ao perspectivar a saúde na capacidade do ser humano para ultrapassar equilíbrios perdidos e como abordamos anteriormente na normatividade que o mesmo apresenta, revelando comportamentos e hábitos de vida. Estamos a falar do ser humano, cujo envolvimento com o contexto em que se insere, interage com estímulos tanto a nível da saúde, como na relação com os outros. Este autor, conceptualiza esta forma de estar, como comportamento saudável e define-o: “...Ao comportamento saudável corresponde um projecto de saúde, um certo compromisso com a existência...” (Ribeiro, cf. p.60).

“...faço tudo para não estar a sofrer, nem a fazer sofrer os outros...”E9, 148.1

“...Quando a tensão está alta tomo o comprimido...”E7, 32.1

“...o que me faz eu tomar é que sei que tenho que os tomar, porque tenho logo aquela falta de não os ter tomado...”E1, 28.1

“...não me relaxar com o tratamento para ter saúde...” E2, 6.15

Uma relação de confiança entre o ser humano e o profissional de saúde é imprescindível, onde a demonstração de competência e habilidade de relação, motivam o ser humano com a informação necessária e adequada, para que a adesão ocorra de forma positiva. Hesbeen (2001), fala de caminhos possíveis, enquanto orientador, afirma mesmo: “... é preciso apresentar um quadro de competências que permitam o caminhar com a pessoa, cabendo a esta, se for caso disso, escolher com mais pormenor com quem caminhar e como caminhar...” (Hesbeen, 2001, p. 28).

Analizamos nesta dimensão a capacidade que o ser humano apresenta, quando integra as questões relacionadas com o ambiente externo, cuja influência é crucial para que a adesão ao regime terapêutico farmacológico seja uma realidade. Falamos da forma como o ser humano compreende a informação, como esta lhe é transmitida e quais os resultados esperados.

Os aspectos que potenciam o fenómeno de adesão, tendo por base a comunicação entre o ser humano e os profissionais de saúde, é desenvolvido por autores como Odgen (cf. p.48).

Outros autores reforçam esta dimensão enquanto factores que fazem parte do ambiente externo, mas que são equacionados pelos profissionais de saúde com a finalidade de otimizar o fenómeno de adesão (Wikblad e Bastos, cf. p.47).

Todos estes factores tendo por base a concepção em que nos suportamos, podemos considerá-los como os stressores, mais propriamente os factores extra pessoais, que actuam no ser humano, cujas linhas flexíveis de defesa conseguem reagir e aumentar a sua capacidade de resposta, sendo o resultado uma adaptação ao regime terapêutico, numa perspectiva de um nível óptimo de bem-estar (Neuman, cf. p.41 e 42).

“...preocupada para saber se deixo de tomar, depois vou-me abaixo, sofro eu e as minhas filhas, e eu não queria, por isso vou sempre tratando para ver se não me chega mal nenhum a pontos de dar trabalho a elas...”E2, 86.1

“...quanto à medicação, tenho o máximo cuidado...”E6,6.4a

“...sobre isso da diabetes, tem vários dias que uns estão de uma maneira, outros estão de outra e sobre a correcção do medicamento, vou fazendo, foi dentro daquilo que me ensinaram...”E3, 2.1

Consideramos que a adesão ao regime terapêutico farmacológico, apresenta os aspectos relacionados com factores externos ao ser humano. O objectivo foi evidenciar as dimensões da adesão, numa perspectiva de compreender quais os mecanismos de acção, neste caso positivos, que estes factores desencadeiam, não podendo generalizar como é óbvio, tendo sempre presente a concepção teórica de Neuman.

Evidenciamos o que faz parte do ambiente, enquanto percursor e integrador das tomadas de decisão do ser humano, baseadas naquilo que é transmitido. O objectivo é aumentar os níveis de conhecimento e por conseguinte o próprio ser humano se sentir mais

responsável face à procura ou manutenção de um nível ótimo de bem-estar, a harmonia do sistema (Neuman, cf. p.43).

Apresentamos no quadro nº11 a síntese da análise das dimensões que se evidenciaram neste quadrante.

Quadro nº 11 - Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”
- Adesão ao regime terapêutico farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Percepção e informações sobre os efeitos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none">➤ Integração dos conhecimentos sobre o regime terapêutico;➤ Conhecimentos sobre os efeitos terapêuticos;➤ Relação de confiança com os técnicos de saúde;➤ Percepção dos resultados esperados como experiência positiva;

Na análise deste tema no âmbito da adesão ao regime terapêutico não farmacológico, as dimensões relevantes, articulam-se com as questões da família enquanto suporte emocional e da capacidade de adaptação face às orientações dos profissionais de saúde e a sua influência no processo de adesão.

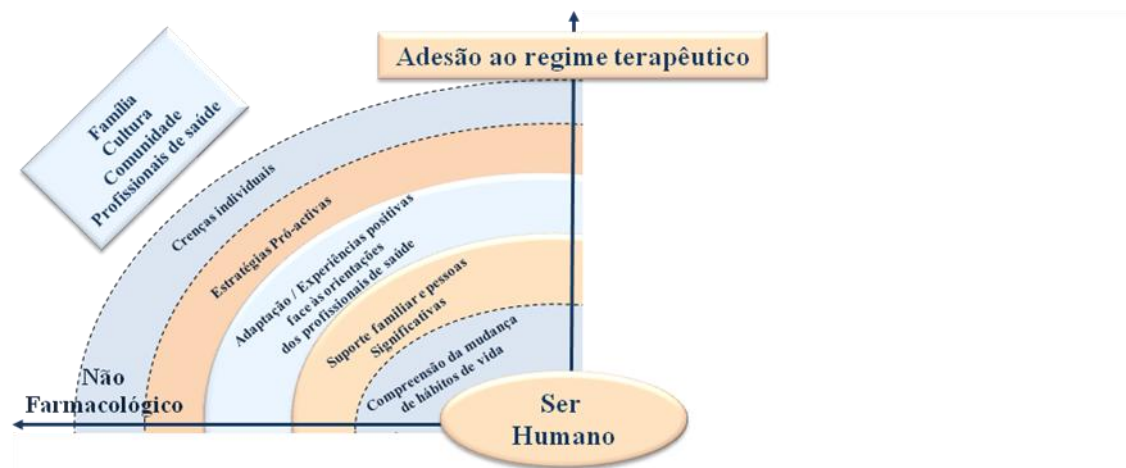


Figura nº 8 – O ser humano adere ao regime terapêutico não farmacológico

Ao analisarmos as dimensões emergentes, evidenciam uma relação próxima com o ambiente. O suporte familiar e pessoas significativas e a adaptação/experiências positivas face às orientações dos profissionais de saúde, integram o conceito de ambiente por nós adoptado neste estudo.

Os aspectos até agora referenciados, ilustram o ser humano, enquanto ser individual e as suas próprias decisões face a determinadas situações. No entanto, como ser em constante relação com os outros e com o mundo, outros componentes surgem que influenciam de igual modo as suas decisões. (Carper, cf. p.64 e 66)

“...não posso estar a transgredir, porque ela (filha) ralha muito comigo...”E1, 128.1

“...andava mais devagar a minha Rosário estava-me sempre a avisar...”E1, 50.3

Nomeadamente a família, que enquanto dimensão que influencia positivamente a adesão, o faz muitas vezes como factor externo ao ser humano. Seja directa ou de forma natural, isto é, sem exercer qualquer tipo de pressão, apenas pelo valor que o próprio ser humano dá à família, que o predispõe desde logo a cumprir determinado regime terapêutico, pois a relação e o apoio familiar são cruciais para as mudanças a adoptar.

“...ajuda claro, não estão sempre comigo, se estivessem talvez até ajudassem muito mais...”E4, 24.1

“...a nossa família é a nossa luz, sinto muito apoio da minha mulher, muito apoio e o apoio deles foi muito importante, porque na altura psicologicamente tinha ido mais abaixo...”E5, 82.1

“...foi muito importante o apoio tanto da minha mulher como das minhas filhas...”E6, 64.1

Rudd e Fischman apud Araújo e Garcia (2006) abordam esta temática no seu estudo, em que consideram que esta influência da família baseada na supervisão solidária eleva os níveis de adesão ao regime terapêutico.

Outros autores o referem, como Medel, apud Araújo e Garcia (2006), num estudo realizado no Chile, constatou que o ser humano que percebe a família como apoio e suporte social, apresenta uma maior adesão.

“...eu vivo feliz tudo quanto tinha dei às minhas filhas, eu não tenho nada, tenho só a minha pensão, mesmo o pouco dinheiro que tinha foi tudo para as minhas filhas, ninguém me deixa passar mal e eu confio muito deles (neles), a família que tenho (chorou emocionada) ...”E2, 46.1

“...Foi muito importante, porque nos primeiros meses, psicologicamente não andava bem, enfim depois tive que a pouco e pouco, tive que me ir habituando a esse tipo de vida...” E5, 80.1

Compreendemos que a dimensão do suporte familiar e pessoas significativas, se posicione face ao ser humano, tão significativamente próximo. O contributo encontrado e relatado nas unidades de sentido de cada participante, levou-nos a construir desta forma o esquema de análise. O que acontece na maioria das situações, caracteriza-se pela influência de algum familiar, cujo contributo é no sentido da ajuda e da organização do ser humano, no seu dia-a-dia, para que a adesão seja uma realidade. Passamos a enumerar algumas unidades de sentido que o comprovam.

“...a minha Rosário (filha) é que diz o que é que devo comer...”E1, 178.1

“...é muito minha amiga, é bom...”E1, 136.1

Ainda face ao que encontramos, outros autores, como Araújo et al apud Araújo e Garcia (2006), enquadram este suporte familiar como um dos aspectos mais importantes, em que o ser humano enfatiza o apoio familiar, advogando com um exemplo de um comportamento do familiar, o alerta para o horário da medicação, a orientação para a

dieta, até mesmo a predisposição de algum membro da família no acompanhamento do mesmo a consultas ou outros meios auxiliares de diagnóstico.

“...a minha esposa, também me tem ajudado, diz-me sabes que isso te faz mal, não vais comer, ela própria tem esse cuidado em que a minha alimentação, seja uma alimentação um pouco mais cuidadosa para que eu possa ter um pouco mais de saúde e não vir a sofrer tanto...”E8, 10.3

“...aceito, que remédio tenho se não aceitar, se vejo que são coisas que me prejudicam...”E9, 68.1

Miriam e Clark, Mezirow apud Danis e Solar (1989), referem, para que a aprendizagem a partir da experiência vivida seja um facto, e que esta possa contribuir para o desenvolvimento do ser humano, terá que existir a noção da coerência entre a experiência e o sistema pessoal de crenças, de valores, de normas e de expectativas, relacionadas com a interpretação da sua própria experiência vivida (Raposo, cf. p.31 e 32).

No entanto, parece-nos que em termos de contexto onde estes resultados surgem, algumas particularidades emergem, como é o facto da adaptação e experiências positivas face aos resultados do regime e orientações dos profissionais de saúde, que o ser humano utiliza para responder de forma coerente e de acordo com as suas necessidades e conhecimentos, face ao problema identificado.

“...faço metros e metros e de renda, não posso estar parada e tenho, graças a Deus a minha ideia, tenho uma ideia boa...”E2, 48.3

“...Enquanto puder andar, ando, quando tiver que estar de repouso, o que o M. mandou, foi estar de repouso e eu estou de repouso aqueles dias...”E2, 72.2

“...eu não (estou) a pensar na doença...eu trabalho...agora vou fazer isto...agora vou fazer aquilo...”E1, 168.1

“...São os profissionais, que dizem para fazer, a Sr.^a Dr. disse sempre para fazer, porque purifica o sangue, aquilo que não custa, porque só me estou a prejudicar...”E9, 92.1

Consideramos no entanto, que no esquema de análise, emergem aspectos importantíssimos para compreendermos o fenómeno na vertente não farmacológica, que implica muito mais empenho e motivação por parte do ser humano, por estar em jogo

aquilo que supra citamos, ou seja, alterações de hábitos de vida, integrados numa cultura específica cuja influência está presente e que mesmo de forma não intencional poderá contribuir para criar alguma resistência face ao fenómeno (Couto-Soares e Carper, cf. p.56 e 57).

Se o ser humano não tiver suporte quer em termos de autoconhecimento, de aquisição de auto confiança, de suporte familiar, de crenças e motivação para a adesão e capacidade estratégica pró-activa, estas resistências que funcionam como factores extra pessoais, torná-lo-ão vulnerável. O que neste quadrante podemos constatar que todo este suporte exerce influência positiva, nas razões que o ser humano apresenta para aderir.

“...pois diz (o filho), não deve comer...”E9, 64.1

“...a Rosário trouxe as indicações, o que é que eu havia de comer, os medicamentos que eu havia de tomar...”E1, 76.1

“...sim, á família e a quem me rodeia mais, além dos filhos, mesmo a família chegada, se eu os ouvisse, muitas das vezes, ou sempre, pelo menos da parte dos filhos e familiares da casa, eu teria já perdido muito peso e já estava muito melhor...”E4, 22.1

Portanto, a adesão sendo um processo que preconiza vínculos (desde o vínculo do ser humano com a própria situação, até a vínculos de nível social), comportamentos e interacções que vão para lá das prescrições e do ‘cumprimento de ordens’ – transcende, de forma multifactorial a questão concreta do uso de medicamentos (Lima, 2005).

A dimensão que abrange as adaptações que o ser humano preconizou, cuja influência é positiva, integrando as mesmas como interacções para novos desafios, uma vez que as considera experiências positivas, ou seja, são as dimensões que levam o ser humano a aderir ao seu regime terapêutico não farmacológico.

Por outro lado estas adaptações derivam daquilo que são as orientações dos profissionais de saúde, razão pela qual, são consideradas segundo a mesma concepção, como factores extra pessoais, pertencentes ao ambiente externo, que interferem de forma positiva e vão reforçar as linhas internas de resistência do sistema, o que de acordo com o modelo de sistemas de Neuman, podemos mobilizar as questões da prevenção secundária (Neuman, cf. p.38).

“...as orientações tenho que seguir isto à risca em termos de alimentação, em termos de algumas caminhadas a pé e a medicação sempre a tempo e horas, não posso fugir desse regime, se abusar sinto o organismo diferente...” E5, 2.1

“...custa-me, mas às vezes não se pode estar parado de todo, parar é morrer e sei que morro, mas não quero morrer ainda, quero durar mais uns anos não estou coxa, e vejo a minhas filhas com mais dores e não me queixo com dor nenhuma no meu corpo, não sei se é por ter o cuidado de tomar os comprimidos...” E2, 30.2

“...porque também estou a começar a não me gostar de ver e já estou a tomar mais um bocadinho de cuidado, a tomar a medicação mais a tempo, tentar não comer aquilo que não devo eu penso que vou ter uma esperança de viver mais alguns anos...” E4, 18.3

Podemos mobilizar o que Honoré (cf. p.58), aborda em termos da acção de saúde, assim como cita Loux no qual evidencia a questão da cultura como algo que faz parte do ser humano. Em termos da concepção do estudo, estes dois autores podem complementar o conceito de totalidade que Neuman apresenta (cf. p.59), que traduz a interacção e dinâmica constante, cuja troca de energia se traduz na estabilidade do sistema.

É também importante mobilizar outros conceitos de Neuman (cf. p.43), que nestas questões fundamentam a análise, como é o caso de negentropia cujo objectivo é a estabilidade do ser humano, assim como aquilo que não sendo um conceito é uma perspectiva, ou seja, quando considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do ser humano, no sentido de preservar e aumentar a integridade do sistema.

Também a dimensão do suporte familiar e pessoas significativas, transmite neste estudo, algumas nuances importantíssimas que ajudam a compreender as razões que levam o ser humano a aderir ao regime terapêutico não farmacológico, contribuindo de alguma forma, em concomitância com os aspectos anteriores, para a criação do ambiente criado, pelo que podemos afirmar que esta dimensão, é parte integrante do ambiente externo que Neuman conceptualiza no seu modelo (Neuman, cf. p.42).

É neste âmbito que consideramos enquanto análise, que tanto a adaptação face às experiências positivas, como o apoio familiar revelam-se aqui como razões de extrema importância para a manutenção do equilíbrio do sistema, cujas dimensões integram o todo numa perspectiva sistémica, onde os dois principais conceitos são agregadores e evidenciam aquilo que Neuman (cf. p.43) conceptualiza, ou seja, paralelamente às questões relacionadas com o ser humano ou com o ambiente, o resultado das forças de

todos os componentes do sistema é que contribui para o seu equilíbrio e harmonia, procurando o nível óptimo de bem-estar.

Quadro nº 12 - Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”- Adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Suporte familiar e pessoas significativas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valor da família como integrador e factor positivo na adesão; ➤ O ser humano percebe a família como suporte e organizadora na necessidade de implementar mudanças; ➤ A família ajuda na supervisão da adaptação e manutenção do regime terapêutico;
Adaptação/experiências positivas face às orientações dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As experiências positivas contribuem para a aprendizagem do ser humano, como promotoras da adesão; ➤ As orientações dos profissionais de saúde são factores extra pessoais que promovem a adesão;

Nos esquemas apresentados anteriormente, surgem as dimensões que fundamentam as respostas do ser humano ao fenómeno em estudo, relacionado com a adesão ao regime terapêutico. No entanto, consideramos importante evidenciar também aquelas que são inerentes ao ambiente, mas que têm como resultado final a não adesão.

Face aos esquemas terapêuticos e às estratégias utilizadas, apesar de estarem directamente relacionados com o ser humano, são aspectos que lhe foram impostos e o influenciam, quer porque não têm capacidades cognitivas, quer porque as suas expectativas são elevadas em relação aos resultados da terapêutica instituída.

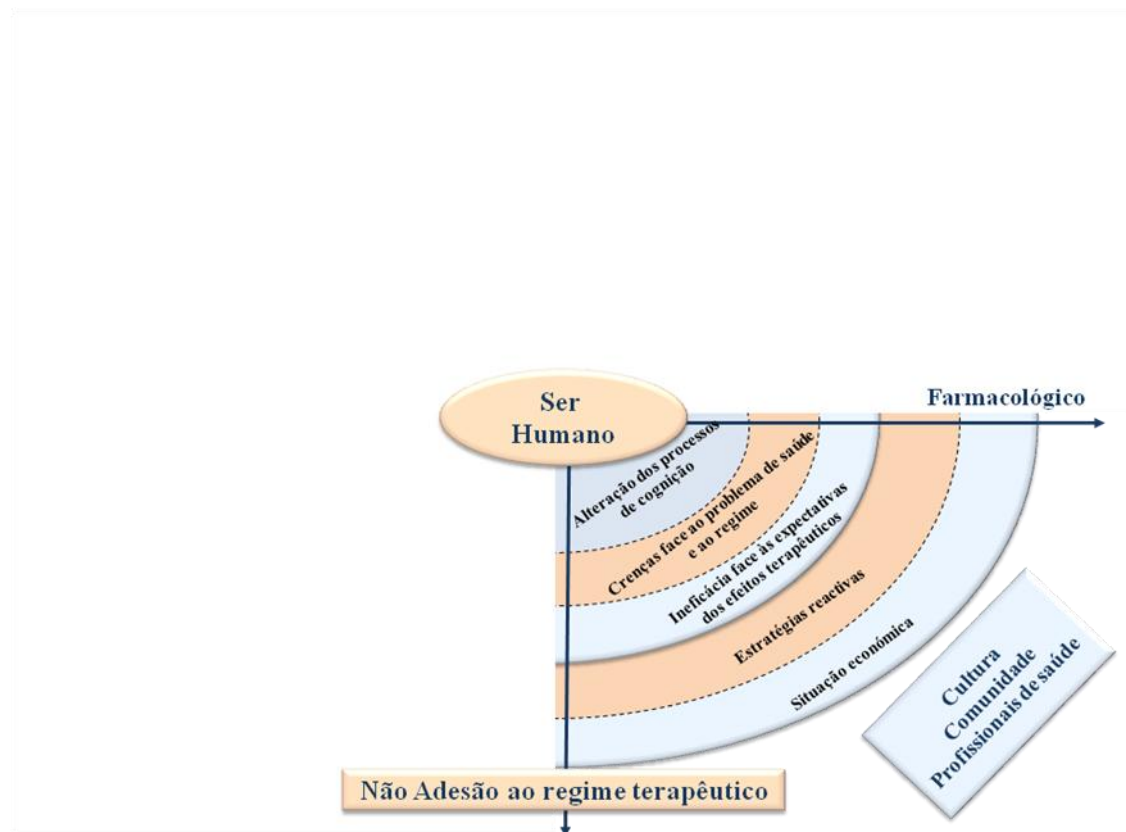


Figura nº 9 – O ser humano não adere ao regime terapêutico farmacológico

As dimensões que estão relacionadas com o ambiente, ou seja, aquilo que Neuman (cf. p. 41), define como forças internas e externas cuja interacção com o ser humano o influenciam negativamente, foram designadas nesta análise como a ineficácia face às expectativas dos efeitos terapêuticos e a situação económica.

O modo como o ser humano integra os seus problemas de saúde e as crenças que fomenta em seu redor, quer por influências externas, quer por características intrínsecas a ele próprio, norteia-o para respostas que se coadunam não com aquilo que os profissionais de saúde promovem para a resolução dos mesmos, mas sim de acordo com as suas crenças não aderindo aquilo que é proposto. O objectivo segundo esta perspectiva é não perder autonomia. Esta postura, está muito relacionada com a dimensão das estratégias reactivas e dos processos cognitivos (Bernstein, cf. ponto 2, 4 e 5. p. 46).

Quando falamos da ineficácia e expectativas do regime terapêutico, constatamos que são factores predisponentes à não adesão, uma vez que o ser humano percepção que a expectativa que tinha em relação ao tratamento não corresponde, o que faz com que as respostas sejam de não adesão.

Esta dimensão emerge realmente neste quadrante, apesar de estar relacionada com as decisões do ser humano, mas o que o leva a tomar esta decisão é um factor externo, isto é, o efeito terapêutico enquanto resultado esperado e não alcançado.

”... Para o coração é os medicamentos como tive este descontrolo de tensão que seja por eu há muito tempo estar a tomar estes medicamentos e que agora já não me estejam a fazer bem...”E1, 108.2

“...tomo um medicamento para os rins, tenho a impressão que talvez me faça mal aos intestinos, tenho a impressão que tenho que cortar, mas experimento assim, hoje ou amanhã ou outro dia não tomo e experimento, se vir que é esse mal, não tomo mais, com muita pena, porque noto diferença nas minhas articulações...”E9, 18.1

Constatamos que por muita informação que o ser humano possa deter, estas questões dos efeitos terapêuticos e as expectativas face aos mesmos, têm um grande peso no fenómeno de adesão, principalmente em termos da prescrição de medicamentos.

Estas dimensões estão em sintonia com alguns dos comportamentos que Bernstein enumera (cf. p.46), ou seja, a forma como o ser humano reage aos stressores, os quais considera de acordo com o modelo de sistemas de Neuman, factores externos com influência negativa na sua perspectiva, uma vez que aquilo em que acredita não é de todo, as orientações que lhe estão a ser fornecidas.

As razões que levam a estas respostas humanas, tendo em conta o ambiente como integrador do fenómeno, emergem das expectativas do ser humano face aos resultados esperados, talvez pela incapacidade de perceber o seu problema de saúde de forma consciente.

Esta incapacidade conduz o ser humano a falsas expectativas face ao tratamento, o que depressa se traduz num processo de não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

Compreendemos que os acontecimentos marcantes contribuem para o desenvolvimento do ser humano. Consideramos que podemos extrapolar estes aspectos para o facto do ser humano, quando confrontado com um problema de saúde, percebendo-o como marcante, influenciar directamente e contribuir para o seu desenvolvimento a nível psicossocial, seja negativa ou positivamente, depende da tomada de consciência do problema de saúde que apresenta (Merriam e Clark apud Danis e Solar, 1998).

Tendo em conta as capacidades do ser humano, o desenvolvimento de procedimentos que produzam mudanças controladas automaticamente até ponderar possíveis retrocessos, representa sem dúvida, uma mudança efectiva na intervenção da adesão. Este processo descreve a lógica do mecanismo da mudança a ser trabalhado com o ser humano.

Nesta perspectiva, autores que abordam e pesquisam sobre o desenvolvimento e aprendizagem do ser humano em termos psicossociais, revelam que o processo de maturação é contínuo e que emerge das experiências da vida, articulando-se com as relações interpessoais a nível quer profissional, quer de afectividade. Referem mesmo que são duas dimensões que influenciam o ser humano, como as principais forças vivas e interactivas com a determinação do curso da sua vida e onde a evolução no contexto histórico-sociocultural particular se verifica (Mirriam e Clark apud Danis e Solar, 1998).

Como exemplo destes aspectos, que levam o ser humano à não adesão, temos unidades de sentido integradas nas dimensões encontradas para a não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

“...continuo a fazer a minha vida à mesma, bebo uns copinhos de vez em quando, isso é da praxe, não sei beber outra coisa, só água e vinho, cerveja não bebo, portanto tenho que passar o meu tempo de alguma maneira...”E3, 6.5

“...os médicos dizem-me muita coisa eu é que muitas vezes não os oiço bem, eu oiço, mas passa um bocadinho ao lado...”E4, 4.1

Apresentamos o percurso realizado em termos de análise, que nos ajudou a identificar as dimensões estruturadas neste eixo, cujo resultado final no fenómeno em estudo é a não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

Todas estas dimensões evidenciam aspectos que embora estejam directamente relacionados com o ser humano, se encontram associados a unidades de sentido que derivam do ambiente, que envolve todo o processo.

Como podemos constatar, todas as unidades de sentido ilustram a forma como o ser humano interpreta tanto os problemas de saúde e de que forma se adapta aos mesmos, assim como, aquilo que cria em termos de estratégias no sentido de arranjar justificação para as respostas humanas não favoráveis face ao fenómeno, ou seja, não adesão ao regime terapêutico.

Aquilo com que nos deparamos, sabendo à partida qual o caminho correcto face ao fenómeno, é que o ser humano em determinados contextos e com hábitos demasiado enraizados de uma vida, se torna extremamente renitente à implementação de novos regimes. Considera que existem outros aspectos que o ajudam a reforçar a ideia de que não são os hábitos de vida que leva no dia-a-dia, que o colocam em risco em termos de problemas de saúde. Arranjam sempre justificações para colocar esse risco em segundo plano.

“...eu ainda cá estou acho que morreram porque tiveram de morrer, o meu avô, bebeu vinho toda a vida e para morrer, teve que se matar, com alguns setenta e quatro anos, deve vir tudo da diferença das pessoas...”E3, 96.1

“...bebia sempre um litro de vinho por dia, só quando saía, às vezes estava com a malta, bebia mais uns copos e assim continuo, a doutora tinha dito que era para beber um copo, bebo dois copos ao almoço, às vezes copo e meio, mas está a ver, ontem fui tratar de um trabalho e bebi mais três copos que a conta e no entanto não fez...”E3, 18.2

Quando abordamos o ser humano, face à sua consciência do que é correcto ou não, num determinado regime, este procura uma resposta socialmente aceite, e remete-se para um passado muito recente, esquecendo as sequelas que o mesmo comportamento poderá ter causado durante uma vida.

“...o médico de família tinha muito cuidado comigo mas ele nunca me disse também, que eu naquela altura já tinha que tomar aquilo sempre, quando descia eu já não tomava...”E5, 12.6

“...quanto a mim, é que sei, se erro agora tenho que evitar amanhã...”E3, 148.1

Face à dimensão económica, emergem mais questões relacionadas com influências externas, perante a necessidade de cumprir determinado regime terapêutico farmacológico, o ser humano é confrontado com comprar ou não, de acordo com a sua capacidade financeira. Surgem então períodos em que acontece a não adesão, coincidentes com a fase do mês em que não existe capacidade financeira, até à altura em que recebe novamente a sua reforma.

“...Não, porque não tenho, quando recebo vou comprar as receitas, é para ele e para mim, compro as dele e as minhas não é? Depois quando é para o fim do mês, aquilo não me dá, porque alguns não trazem trinta, não me chega para o mês todo e eu às

vezes não quero ir pedir fiado e espero que o dinheiro venha e depois é que vou comprar e estou aqueles dias que não tomo...”E7, 24.1

Esta situação económica, está directamente relacionada com o ambiente externo, ou seja, é um factor extra pessoal, cuja influência é negativa, surge como uma das dimensões que levam o ser humano a não aderir, neste âmbito ao regime terapêutico farmacológico.

“...uma vez falei com o médico, ó Sr. Dr. passa-me os remédios genéricos que são mais baratos que eu não posso comprar e ele disse não, não vale a pena, porque os genéricos pouco menos é e não lhe fazem tão bem como sendo os outros medicamentos...”E7, 6.1

“...há medicamentos que havia de os tomar e não os tomo porque não tenho dinheiro para os comprar...”E7, 4.4

As dimensões que relevamos correspondem ao tema cujo ambiente é integrador do ser humano, porque estas dimensões influenciam de forma integrada em termos de resposta humana face ao fenómeno. Passamos a apresentar o quadro nº13, que revela a síntese destas dimensões face à não adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

Quadro nº 13 - Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”
- Não adesão ao regime terapêutico farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Ineficácia face às expectativas dos efeitos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepção dos efeitos terapêuticos como factor negativo; ➤ Expectativas demasiado elevadas face aos efeitos terapêuticos; ➤ O ser humano não tem consciência do seu problema de saúde; ➤ Percepção do problema apenas no presente, sem repercussões no passado e para o futuro;
Situação económica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldades económicas, como principal factor de não adesão; ➤ O ser humano abdica da terapêutica face a outras necessidades do seu dia-a-dia;

Quando o ser humano não adere ao regime terapêutico não farmacológico, face ao tema relacionado com o ambiente evidenciam-se três dimensões, nomeadamente as questões relacionadas com o centro da responsabilidade no outro, o tempo de implementação do regime e a situação económica.

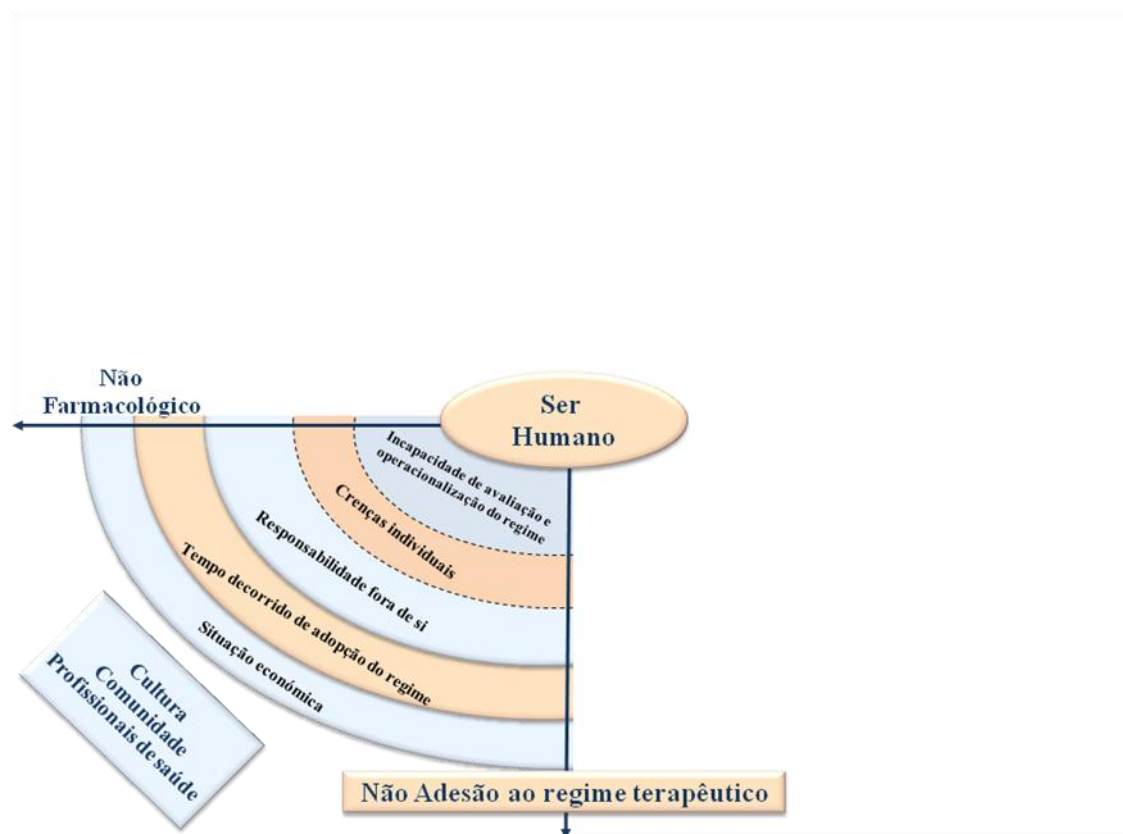


Figura nº 10 – O ser humano não adere ao regime terapêutico não farmacológico

A dimensão relacionada com a responsabilidade centrada no outro, ou seja, o ser humano coloca-se face ao fenómeno de forma passiva, tendo a perspectiva de que os profissionais de saúde terão toda a responsabilidade na operacionalização do regime terapêutico assim como, os familiares significativos, que terão um papel preponderante nesta vertente do regime, isto é, poderão ser aqui um daqueles factores que podem influenciar positiva ou negativamente a adesão ao regime.

A não adesão ao regime prevalece em todos estes aspectos referenciados e são interpretados como interações negativas conduzindo o ser humano à não adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

Um aspecto importante, é o tempo de tratamento, o que se constatou nas unidades de sentido que emergiram de algumas entrevistas:

“...eu tomava uma caixa de comprimidos do colesterol, evidente não andava a fazer uma dieta mais rigorosa como faço hoje, aquilo normalizava e eu deixava de tomar...”E5, 12.5

“...o susto que apanhei, foi muito grande sabendo quais as consequências que poderiam ter acontecido e tive muitos cuidados a princípio, com o passar do tempo, as coisas vão esquecendo...”E6, 6.1

Apesar do ser humano ser influenciado pelas situações que no momento lhe surjam como ameaça, o tempo fazendo parte do ambiente que o rodeia, exerce um papel apaziguador face à manutenção da adesão ao regime terapêutico. A ausência de sintomatologia leva o ser humano a deixar de se sentir ameaçado, o que promove o abandono de todas as informações e cuidados que até aí faziam parte do seu quotidiano.

Desta forma, apesar de alguns estudos revelarem que no início de qualquer tratamento a adesão apresenta-se com níveis elevados, que podem chegar aos 90%, no entanto, assim que o ser humano percebe que os sintomas desaparecem, os níveis de adesão baixam para os 50% ou menos. (Ramos, Ribeiro, Bennet e Fontes, cf. p.48 e 49)

“...fazer caminhadas, houve uma altura que fazia tudo certinho, todos os dias, ou três vezes por semana, agora como estou a trabalhar, chego a casa tenho isto ou aquilo, para fazer e às vezes esqueço-me...”E6, 4.5

Em relação a este aspecto Labrador y Castro (1987) e Larraburu (1991), num estudo com indivíduos diabéticos vêm confirmar estes dados; *“ Con respecto a la percepción y discriminación de síntomas en personas con diabetes, parece que la ausencia de éstos constituye una variable que interfiere con la adherencia al tratamiento ”*.

Não sendo o investigador detentor da história clínica da população estudada, pode, no entanto perceber-se através de algumas unidades de sentido que estes aspectos se evidenciaram.

Perante a análise compreendemos que o ser humano tendo em conta o ambiente onde o fenómeno ocorre, transparece nas especificidades que estão relacionadas com o meio social, cultural, espiritual e demográfico próprio, que evidencia face a outros estudos

algumas nuances que são fruto de um estudo deste tipo, ou seja, indutivo, em que partimos realmente do específico para provavelmente podermos aprofundar *a posteriori*.

Algumas unidades de sentido, trazem-nos referências daquilo que o ser humano, enquanto sistema traduz na reciprocidade com o ambiente. Estas respostas estão relacionadas com aquilo que abordamos no Modelo de Sistemas, com o conceito das variáveis e da reconstituição, em que a adaptação e a influência da variável psicológica, estão tão presentes que de alguma forma vêm confirmar que realmente o ser humano, é não só o precursor do fenômeno, mas que também é influenciado pelo ambiente.

Face ao contexto em que se encontra, todas as unidades de sentido que apresentamos de seguida, transparecem os hábitos de vida enraizados e inculcidos por uma cultura cujos hábitos alimentares se traduziam pela escassez tanto em quantidade, como em qualidade, o que após longos anos se instituem como hábitos adquiridos difíceis de alterar. Barracho e Caria (cf. p.61 e 62) abordam esta constante relação do ser humano com o ambiente e de que forma estes se integram e evoluem no espaço e no tempo.

“...pois sei que faz mal, mas pronto, às vezes podia fazer cozido, mas não me diz nada, estar a comer aquilo...”E7, 14.1

“...disse, mas às vezes, parece que fico melhor com o ovo estrelado do que cozido...”E7, 12.1

“...eu tenho que comer porque, tenho fome...”E3, 140.1

Em relação à dimensão económica, esta surge como um factor de influência negativa, com repercussão na resposta do ser humano, que tem consciência que deve manter o regime, que conhece e sabe perfeitamente como fazer e quando fazer, mas que face à sua condição económica não lhe permite aderir de forma adequada.

Esta dimensão poder-se-á relacionar com o conceito de não adesão não intencional, uma vez que a resposta humana seria de adesão, se não existisse este factor externo, que condiciona o ser humano na adesão ao regime terapêutico (Hussay e Guilhand, cf. p.63).

“...devia comer pão integral e não como porque para eu comprar, aquele pão tem que dar para agente (nós os) dois, não posso comprar os dois, tenho que comprar só um...”E7, 8.1;

“...o alimento sei que há coisas que me fazem mal e como porque não tenho dinheiro para comprar outra coisa que não me faz mal...”E7, 4.5

As três dimensões relevam o ser humano, cujo ambiente integra no seu todo e onde as interacções emergem com a prevalência destas sobre o ser humano. Apresentamos o quadro nº14, que ilustra estas interacções, que ajudam a compreender o fenómeno, tendo em conta o tema em análise.

Quadro nº 14 - Síntese da análise do tema “O ambiente integrado® no/do Ser Humano”
- Não adesão ao regime terapêutico não farmacológico.

DIMENSÕES	SÍNTESE
Responsabilidade centrada no outro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O ser humano com uma perspectiva passiva face à implementação do regime terapêutico; ➤ A não participação no processo leva o ser humano a não aderir
Tempo de implementação do regime	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O tempo é apaziguador da manutenção do regime terapêutico; ➤ O desaparecimento dos sintomas como factor de não adesão;
Situação económica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Influência negativa face ao fenómeno da adesão; ➤ Condiciona a atitude do ser humano, apesar dos seus conhecimentos em termos de hábitos saudáveis;

Esquemáticamente surgiram alguns conceitos que demonstram o percurso face às dimensões encontradas: a família, a comunidade, os profissionais de saúde e a cultura. Os conceitos são comuns aos dois tipos de regime terapêutico, no entanto, a família enquanto conceito transversal no fenómeno, não emerge nas respostas do ser humano enquanto não adesão.

Contudo, constatamos que a cultura, a comunidade e os profissionais de saúde, fazem emergir alguns aspectos, que são sem dúvida conducentes para comportamentos de não adesão.

Perante estes aspectos, o Modelo de Sistemas de Neuman, contribuiu para a compreensão desta interacção entre os conceitos. Revela que o ser humano, com a

personalidade inerente e integrado no sistema como um todo influencia e é influenciado por estes conceitos transversais, cujo resultado será para cada ser humano, o seu projecto de procura de saúde (Berger e Lukman, cf. p. 30-32) e (Honoré, cf. p.58).

Todo o ser humano, face a situações de stresse, ou que impliquem algumas mudanças que não está disposto a implementar, tem capacidade para reagir autonomamente. Em termos cognitivos, neurológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais o equilíbrio do sistema é fundamental, sendo importantíssimo a mobilização de todos estes conceitos.

Estas interacções dinâmicas do sistema/ser humano e do ambiente desenvolvem uma plena integração do conceito do Modelo de Sistemas de Neuman designado por ambiente criado (Neuman, cf. p.42). A análise destas interacções releva para a presença em cada quadrante dos conceitos transversais cujo ser humano e o ambiente mais integram no seu todo e que influenciam directa ou indirectamente as respostas humanas aos processos de saúde/doença.

As dimensões identificadas orientam o ser humano no sentido de mobilizar os recursos não só internos mas também os externos para a resolução dos seus problemas. Com este objectivo surgem em muitas das unidades de sentido, frases que evidenciam estes conceitos, que para o ser humano são consoante o quadrante em que está integrado, pontos de ancoragem e de interacção seja qual for a resposta humana ao fenómeno, uma vez que mesmo na perspectiva reactiva, o ser humano decide e toma as decisões de forma consciente.

“...tenho muito medo, muito cuidado comigo, muito amor à minha vida e quero ver se duro mais uns anos, por isso eu não me esqueço dos comprimidos que me dão...”E2, 6.13

“...não se pensa no mal, pensa-se quando se está a tratar, mas não sou pessoa de estar a pensar que tenho isto, tenho aquilo, o meu espírito é assim...”E2, 74.1

Emergem os conceitos transversais, família, cultura, comunidade e profissionais de saúde, que particularmente, contribuíram quer pela adesão, quer pela não adesão. A família enquanto elemento fulcral na presença, no facto de sentir cuidado, no acompanhamento e na preocupação demonstrada e até na supervisão.

A cultura, o contexto enquanto factor que influencia o ser humano nas suas decisões e atitudes, evidencia a sua importância, até porque como constatamos no estudo a cultura baseia-se em significados e interacções entre indivíduos. Cuche (1999), refere mesmo a existência de uma hierarquia entre o desenvolvimento da cultura, ou seja, considera que em primeiro lugar está a cultura do grupo, do local, aquela que liga os seres humanos em interacção imediata uns com os outros e não a cultura alargada de uma sociedade (Barracho, cf. p. 61 e 62) e (Cuche, cf. p.54).

A comunidade contribuiu como um factor positivo face ao fenómeno de adesão. Releva-se por ser um elemento integrador, na forma como o ser humano responde ao seu processo de saúde/doença, sendo avaliados um conjunto de recursos, para compreender aquilo em que o ser humano acredita e que o leva a ter determinados comportamentos, que são no fundo o da procura de resolução do(s) seu(s) problema(s) de saúde.

A comunidade surge como um recurso, cujo ser humano fazendo parte dela sabe e tem conhecimento no sentido de a mobilizar como um factor promotor ou inibidor da adesão seja qual for o tipo de regime terapêutico.

Os profissionais de saúde integram a comunidade enquanto recurso para ambos os temas analisados o ser humano e o ambiente. No entanto, os profissionais de saúde, têm competências muito importantes na implementação, promoção e supervisão dos regimes terapêuticos.

Cada profissional de saúde, exerce uma acção cuja interdisciplinaridade deve ser constante e dinâmica. O enfermeiro intervém na administração, na orientação e promoção da saúde numa perspectiva holística no processo de cuidados.

Este aspecto é importante, porque o ser humano nos momentos de maior stresse, não consegue questionar, pensar em tudo e portanto as dúvidas só chegam depois, aí será principalmente o enfermeiro, o profissional de saúde a quem ele recorre em primeiro lugar.

“...se seguir aquela orientação dada pelo médico ou pelo enfermeiro, pois sem dúvida alguma, tenho mais possibilidades de poder ter uma vida mais fácil, mais suave...”E8, 4.4

“...(da) enfermagem, pessoas que têm mais conhecimento do que nós, e sigo esse conselho, porque ele melhor do que ninguém tem o conhecimento da situação...”E8, 12.1

Realçamos que todos estes aspectos se tornam mais relevantes e eficientes, quando é o ser humano a procurar estes recursos, porque neste fenómeno da adesão ao regime terapêutico, no conceito está bem explícito: “...desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante...” (CIPE/ICNP, Versão B₂, cf. p.53).

Neste âmbito, um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil, “Programa Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis” Lima (2005), aborda os aspectos relacionados com as estratégias e as formas de intervir com o ser humano nestas situações, definem aconselhamento como:

“Processo de escuta activa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (Lima, 2005).

O mesmo autor perspectiva ainda, factores inerentes ao ser humano, não como de influência positiva ou negativa como nós os apresentamos, mas sim como recursos que o mesmo apresenta, denominando-os de factores de protecção, como é o caso das crenças e atitudes.

Toda esta concepção, traduz-se numa forma de estar dos profissionais de saúde, ou assim se preconiza, onde o assumir de bons resultados face ao fenómeno da adesão, depende da acção conjunta do profissional de saúde e do ser humano envolvido, onde até as crenças que podem ser consideradas obsoletas do ponto de vista do médico, são de todo cruciais, para o cultivar de uma relação terapêutica, tendo em vista o ser humano com potencialidades e características únicas.

Segundo o “Programa Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis” do Ministério da Saúde Brasileiro, coloca a questão do processo terapêutico numa perspectiva ambivalente, mas indissociável:

- A do profissional de saúde com o seu saber técnico-científico, as suas crenças, valores e suas possibilidades e limitações na orientação e acompanhamento de cada situação;
- A do ser humano com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites em adoptar medidas de prevenção e seguir as prescrições médicas (Lima, 2005).

Esta análise faz emergir alguns princípios que o ser humano no seu processo desenvolvimentista, constrói tendo em conta as suas vivências e experiências, numa relação estreita com o ambiente que o rodeia.

De alguma forma, podemos aqui relacionar este aspecto com aquilo que Neuman conceptualiza como ambiente criado, uma vez que, face à alteração dos hábitos, cujo ser humano integrou como sendo uma necessidade e portanto como comportamento adquirido e para manter, este só foi possível, porque realmente houve interações com o sistema/ser humano cujas reacções criaram a estabilidade no sistema numa projecção para atingir o equilíbrio e por conseguinte o bem-estar do sistema/ser humano.

O ser humano neste estudo releva as dimensões que lhe são significativas face ao fenómeno de adesão/não adesão a determinado regime terapêutico, cujos objectivos são todos os aspectos mencionados anteriormente. Estas ocorrem com frequência e foi possível a sua quantificação.

Apesar do esquema de análise se apresentar fragmentado ao longo do trabalho no sentido de proporcionar ao leitor, uma compreensão do fenómeno em cada quadrante e não querendo de modo algum inferir dados estatísticos num estudo que foi desenvolvido num paradigma puramente qualitativo, achamos interessante durante o percurso desenvolvido, conseguirmos enumerar as frequências ocorridas nas várias dimensões identificadas.

O objectivo não é categorizar ou quantificar, mas enquanto fenómeno poderá despertar o interesse, não enquanto valor, mas como percepção da influência dessas dimensões face ao ser humano que é o núcleo central do estudo de investigação.

Face ao exposto, decidimos reagrupar novamente o esquema de análise (figura nº11), referindo para cada dimensão as frequências ocorridas verificadas.

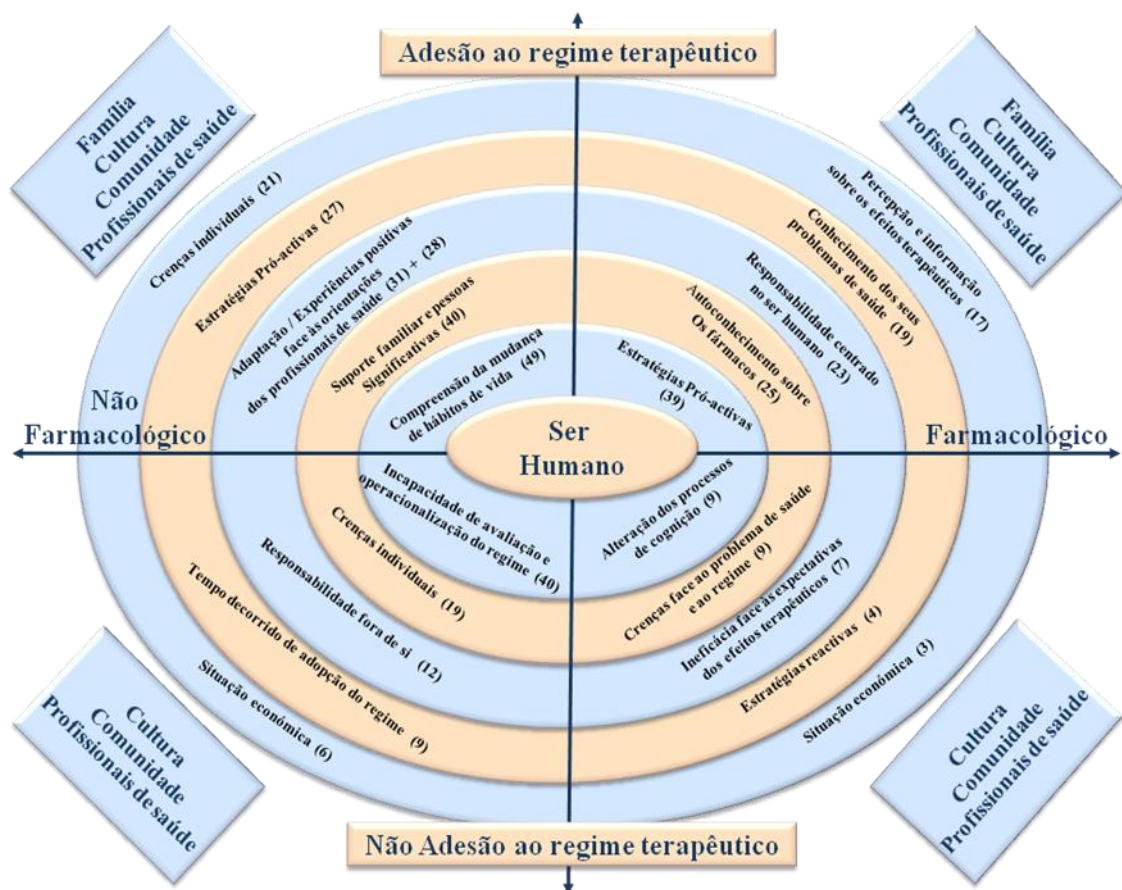


Figura nº 11 – Ser humano face ao fenómeno de adesão/não adesão aos vários regimes terapêuticos

Este registo alerta-nos para as questões do posicionamento das dimensões face ao ser humano, o que numa perspectiva sistémica nos ajudou a compreender que como núcleo central – o ser humano, em constante interacção com o ambiente, releva nas ocorrências das unidades de sentido e compreendemos desde logo que, as que estão mais próximas, foram as unidades de sentido significativas para o ser humano em relação ao fenómeno.

4- CONCLUSÕES

Quando o percurso desenvolvido espelha um sentido em que o núcleo central do estudo foi o ser humano enquanto precursor de um fenómeno, assim como, a forma como este se integra no seu ambiente, as conclusões terão sempre como principal objectivo o estímulo para a formulação de novas questões de investigação.

Tendo por base a questão de investigação e os objectivos do estudo, considerando a análise como contributo fundamental para o consumo dos mesmos, estruturamos as conclusões de acordo com o que foi emergindo em cada tema identificado o que reflecte o desenvolvimento do processo de investigação.

Neste âmbito apresentamos as conclusões do estudo face aos temas “O Ser Humano como precursor do fenómeno” e “O ambiente integrado® no/do ser humano”, face à adesão/não adesão e nos dois tipos de regime terapêutico, farmacológico e não farmacológico.

A adesão do ser humano ao regime terapêutico farmacológico, relaciona-se com:

- As variáveis, psicológica e desenvolvimentista, que emergem como precursoras da adesão;
- A sua adaptação ao regime terapêutico farmacológico, na compreensão e procura da informação para a necessidade da mudança dos seus hábitos. A adaptação só é considerada adesão, quando o ser humano a integra como um hábito;
- Um nível de informação adequado, capacitando-o para tomar decisões;
- As suas capacidades cognitivas, que promovem uma melhor adaptação face às orientações, à informação que possui e à forma como a mobiliza para o fenómeno de adesão;
- O desenvolvimento cognitivo e social e a sua consciência e responsabilidade nas tomadas de decisão que promovem a adesão;
- A proximidade das emoções e sentimentos que influenciam positivamente a adesão;

- Os seus conhecimentos e motivação que emergem, como factores integrantes no processo de adesão ao regime terapêutico farmacológico;
- A auto responsabilização como promotora no processo de adesão;
- O conhecimento dos efeitos terapêuticos, que mobiliza de forma positiva, o que conduz à adesão;
- A percepção positiva na relação de confiança com os técnicos de saúde o que é promotor da adesão;
- A percepção dos resultados esperados como experiência positiva, o que promove a adesão;

A adesão do ser humano ao regime terapêutico não farmacológico relaciona-se com:

- A necessidade de compreender a mudança dos seus hábitos como promotora da adesão;
- Os stressores que emergem como promotores das suas respostas para desenvolver as mudanças dos hábitos e assim promoverem a adesão;
- A integração de novos hábitos como prioritários, pela interacção da sua percepção no processo de saúde/doença;
- A sua motivação e predisposição para a continuidade de todo o processo, até à sua integração plena em termos de hábito;
- A co-responsabilização pela sua própria saúde promovendo a adesão;
- A sua prioridade face à manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde;
- A sua perspectiva na parceria dos cuidados e na implementação de novos hábitos, assim como, as suas experiências vividas em interacção com o significado que lhe atribui;
- Aquilo em que acredita apresentando desde logo predisposição para a adesão;
- A valorização da família como integradora e como um factor extra pessoal positivo;
- A percepção da família como suporte e organizadora na necessidade de implementar mudanças;
- A ajuda da família na supervisão da adaptação e manutenção do regime terapêutico;

- As experiências positivas face ao regime terapêutico que contribuem para a sua aprendizagem, como promotoras da adesão;
- As orientações dos profissionais de saúde, que são factores extra pessoais que promovem a adesão;

A não adesão do ser humano ao regime terapêutico farmacológico relaciona-se com:

- O esquecimento como principal factor promotor da não adesão;
- A sua incapacidade em integrar o esquema terapêutico, o que leva a adequações, cuja resposta é a não adesão;
- A construção de ideias erróneas sobre o seu problema de saúde;
- A sobreposição das crenças nas respostas humanas, o que o leva a procurar outro tipo de regime ou outra explicação face ao seu problema;
- A sua percepção face ao regime terapêutico instituído como redutor e restritivo aos seus hábitos de vida;
- A convicção que deve cumprir, mas em contexto não consegue, porque acredita que de vez em quando não faz mal, o não cumprimento;
- A influência negativa dos efeitos terapêuticos;
- As expectativas demasiado elevadas face aos efeitos terapêuticos;
- A ausência de consciência do seu problema de saúde;
- A sua percepção do problema centrada apenas no presente, sem repercussões no passado e para o futuro;
- A sobreposição das dificuldades económicas, abdica da terapêutica face a outras prioridades/necessidades do seu dia-a-dia;

A não adesão do ser humano ao regime terapêutico não farmacológico relaciona-se com:

- As capacidades cognitivas e psicológicas alteradas;
- A sua incapacidade de percepção dos efeitos do regime terapêutico;
- Os hábitos adquiridos que emergem como factor negativo para a operacionalização do regime;

- A falta de motivação;
- A forma como mobiliza as suas crenças e acredita nos seus resultados, em detrimento dos resultados que lhe proporcionam os cuidados orientados pelos profissionais de saúde;
- A sua perspectiva passiva, não centra a responsabilidade em si, apenas nos outros;
- O tempo e o desaparecimento dos sintomas como promotores da não adesão;
- A situação económica que não permite, por vezes, suportar hábitos saudáveis, apesar dos conhecimentos;

Perante esta integração e mobilização dos conhecimentos teóricos, podemos constatar a nível do segundo tema, a abrangência do ambiente face ao ser humano, não na perspectiva de quantificar níveis de influência maiores ou menores, pelo contrário, permitiu-nos compreender que esta relação está em constante evolução, razão pela qual o tema surge como o ambiente integrado(r) no (do) ser humano, ou seja, esta integração dos dois conceitos elege por si só um nível de concepção que se encontra num paradigma da transformação, sendo Neuman, na sua concepção uma das Teóricas de Enfermagem que se encontra neste paradigma.

Estas conclusões permitem-nos compreender que o núcleo central do sistema/ser humano em interacção constante com o ambiente, cuja abrangência engloba três tipos de ambiente (Neuman, cf. p. 42), em conjugação com outros conceitos transversais permite-nos compreender que o ser humano nesta dinâmica sinérgica na procura do equilíbrio, consegue criar aquilo a que Neuman designa de ambiente criado, particularmente neste estudo, constatamos que a singularidade de cada ser humano, promove este ambiente consoante mobiliza estes conceitos transversais de forma positiva ou negativa.

É importante esta ideia, pois podemos valorizar ainda mais este estudo, tendo em conta a sua especificidade e o contexto em que ocorre. Considerámo-lo como uma cultura de grupo e local. Esta será uma cultura que funciona ela própria de forma inteira, com valores, representações e comportamentos e que contribuem para a sua identificação, orientação e acção enquanto espaço social ambiente (Barracho, cf. p. 61 e 62).

Todos estes aspectos promovem conhecimentos face ao fenómeno em estudo, o que em termos científicos, promove e desenvolve competências relacionadas com a intervenção

enquanto profissão e disciplina de enfermagem. Amendoeira (2006), refere ser crucial o desenvolvimento de um raciocínio reflexivo na formação dos enfermeiros, no sentido de contribuir para a edificação de saberes para além das competências, que segundo o mesmo, são indispensáveis para uma prática de cuidados cada vez mais complexa.

Pelo mesmo prisma Paiva (2003), vem reforçar o sentido do cuidar na capacidade do estabelecimento de relações interpessoais e na promoção do potencial de bem-estar da pessoa.

Sugestões

Todos estes aspectos podem ser mobilizadores enquanto sugestões para futuras investigações neste âmbito, nomeadamente, podemos perspectivar como eventuais questões de investigação:

Que conhecimentos tem o ser humano sobre os cuidados de saúde, que promovem a sua adesão aos diferentes regimes terapêuticos?

Que competências deve desenvolver o enfermeiro para promover a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos?

Estas questões sugerem uma melhor compreensão do fenómeno da adesão, para assim podermos, enquanto enfermeiros, desenvolver conhecimentos nesta área e sermos promotores da adesão aos diferentes regimes terapêuticos, junto do ser humano.

Limitações do estudo

Consideramos que na realização de um estudo de investigação, a experiência do investigador se torna num factor importantíssimo para o seu desenvolvimento. Por conseguinte, temos plena percepção que a inexperiência se tornou uma limitação, pois as questões teóricas são equacionadas e reflectidas com o desenvolvimento da prática e vice-versa.

Concomitantemente, face à condução das entrevistas emergiu também esta inexperiência, uma vez que a proximidade entre o investigador, o enfermeiro e o ser humano pertencendo à população, dificultou por vezes, a produção de informação.

No entanto, podemos sempre olhar para estas limitações como uma etapa que já foi ultrapassada, uma vez que o mesmo também nos permitiu realizar todo o processo de investigação, com o máximo rigor metodológico e ético.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. 2006. Da necessidade de protecção à confiança nos profissionais de saúde. 229-237pp. In: *Confiança e laço social* (C. Balsa, Org.), Edições Colibri/CEOS, Lisboa.

Amendoeira, José. 2006. *Enfermagem, Disciplina do Conhecimento*. Coimbra. *Revista Sinais Vitais*. nº 67. 19-27pp.

Amendoeira, José. 2006. *Fontes e Uso do Conhecimento em Enfermagem: A Cooperação como Estratégia*. 219-228pp. In: *Transversalidade Em Educação E Em Saúde*. Hamido, Gracinda. Luís, Helena. Roldão, M^a do Céu. Marques, Ramiro. Porto Editora. Porto.

Amendoeira, José. 2006. *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. A Segunda Metade do Século XX*. Formasau - Formação e Saúde, Lda. Coimbra. 485pp.

André, Mário Rui. 2005. *Adesão á Terapêutica em Pessoas Infectadas pelo VIH/SIDA*. Estudo exploratório em sujeitos do Centro de Convívio e do apoio ambulatorio de um serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Stória Editores Lda. Lisboa. 183pp.

Araújo, Gilmara Barbosa da Silva. Garcia, Telma Ribeiro. 2006. *Adesão Ao Tratamento Anti-hipertensivo: Uma Análise Conceitual*. *Revista Electrónica de Enfermagem Brasil*. nº2. 8. 259-272pp.

Barbara, K. Timby. 2001. *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 6^a ed. Artemed. Porto Alegre. 81-90pp.

Barracho, Carlos. 2001. *Psicologia Social – Ambiente e Espaço – Conceitos, Abordagens Teóricas e Aplicações*. Colecção Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget. Stória Editores, Lda. 55. 98pp.

Bastos, F.S. 2004. *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto. 130pp.

- Bennett, P. 2002. *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa. 301pp.
- Bennett, P. and S. Murphy. 1999. *Psicologia e promoção da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa. 208pp.
- Berger, Peter L. Luckmann, Thomas. 1973. *A Construção Social Da Realidade*. 8ª ed. Editora Vozes, Lda. Brasil. 247pp.
- Bernstein, S. 1989. Breaking the vicious circle of noncompliance. *Nursing* [Online], 19. 74-75pp. Available: <http://search.ebscohost.com> [Base de dados acedida em Abril 30, 2005].
- Bogdan, Roberto C. Biklen, Sari Knopp. 1994. *Investigação Qualitativa Em Educação: Uma Introdução À Teoria E Aos Métodos*. Porto Editora, Lda. Porto. 335pp.
- Boni, Valdete. Quaresma, Sílvia Jurema. 2005. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. Brasil. nº1 (3). 2. 68-80pp.
- Boumard, Patrick. 1999. O Lugar da Etnografia nas Epistemologias Construtivistas. *Revista de Psicologia Social e Institucional*. nº2. [on line]. vol.1. <URL://www2.ccb/psicologia/revista/texto1v1n22.htm>. [Base de dados acedida 08/2006]
- Cabral, Manuel Villaverde. Silva, Pedro Alcântara. Mendes, Hugo. 2002. *Saúde e Doença em Portugal*. 2ª ed. Imprensa de Ciências sociais. Lisboa. 298pp.
- Camarneiro, Ana Paula Forte. 2002. Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. Coimbra. *Revista Referência*. nº 9. 25-30pp.
- Cameron, Catherine. 1996. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Scotland. *Journal of advanced Nursing*. 24. 244-250pp.
- Cardoso, Maria Augusta Grou Moita. 2005. A Etnografia – Uma abordagem metodológica. “Pensar Enfermagem”. nº 2. 9. 23-38pp.
- Caria, Telmo, H. 2002. *Experiência Etnográfica em Ciências Sociais*. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.

- Carper, B. A. 1997. *Fundamental Partners of Knowing*. 247-256pp. In: Nicoll, Leslie H. *Perspectives on Nursing Theory*. Third edition. Philadelphia: Lippincott. Library of Congress.
- Collet, Neusa. Rosendo, Célia Alves. 2001. *Questões Metodológicas da Pesquisa no Campo da Saúde*. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. São Paulo. 9(3). 106-111pp.
- Collière, Marie-Françoise. 1989. *Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Printipo – Indústrias Gráficas, Lda. Lisboa.385pp.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. 2003. *Classificação Internacional para a prática de enfermagem versão beta 2*. 2ª ed. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa, 277pp.
- Couto-Soares, Maria Luisa. 1999. *Evidência e Sujeito*. *Encontros Interdisciplinares*. *Cognição e Linguagem*.
- Cuche, Denys. 1999. *A Noção da Cultura nas Ciências Sociais*. Fim de Século Edições, Lda. Lisboa. 172pp.
- Damáσιο, António. 2000. *O Sentimento De Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 4ª ed. Publicações Europa-América, Lda. Portugal. 426pp.
- Danis, Cláudia. Solar, Claudie. 1998. *Aprendizagem e Desenvolvimento dos Adultos*. *Horizontes Pedagógicos*, Instituto Piaget; Tipografia Peres. 301pp.
- Davila, Carol. 2006. *Psychological Factors Influencing Therapeutic Adherence In Asthma*. Bucharest. *Cognition, Brain, Behavior*. University of Medicine and Pharmacy. nº1. X. 113-131pp.
- De Geest, S., I. Abraham, H. Gemoets and G. Evers. 1994. *Development of the long-term medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development*. *Journal of Advanced Nursing* 19. 233-238pp.
- De Geest, S., W. Von Renteln-Kruse, E. Steeman, S. Degraeve and I.L. Abraham. 1998b. *Compliance issues with the geriatric population*. *Nursing Clinics of North America* 33. 467-480pp.
- Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux. 1997. *Análise Estrutural de Conteúdos e Modelos Culturais: Aplicação a materiais Volumosos*. 156-202pp. In: Luc Albarello, Françoise.

- Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux. Christian Maroy, Danielle. Ruquoy, Pierre de Saint-Georges. 1997. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. 1ª ed. Gradiva - Publicações, L.^{da}. Lisboa.
- Dunbar-Jacob, J., P. Bohachick, M.K. Mortimer, S.M. Sereika and S.M. Foley. 2003. Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Nursing* [Online], 18. 209-218pp. Available: <http://proquest.umi.com/login> [Base de dados acedida em Maio 10, 2005].
- Erlen, Judith A. 2002. Adherence Revisited: The Patient`s Choice. Pennsylvania. Orthopedic Nursing. CINAHL® - Database of Nursing and Allied Health Literature. nº2. vol.21. 79-82pp.
- Foddy, William. 1996. *Como Perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. 1ª ed. Celta Editora, Lda. Oeiras. 228pp.
- Freese, Barbara T. 2004. Betty Neuman, Modelo de Sistemas. 335-375pp. In: Tomey, Ann Marriner. Alligood, Martha Raile. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Galán, M^a De La Villa Heredia. 2004. Qué Inffluye En La Adherencia Al Tratamiento De La Diabetes? *Revista Rol de Enfermagem*. nº1. 27. 57-60pp.
- Gauthier, Benoît. 2003. *Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. 3ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. 549pp.
- George, Julia B. 1995. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Brasil. 225-240pp.
- George, Julia B. 1995. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Brasil. 297-309pp.
- Gil, António Carlos. 1989. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª ed. Editora Atlas S.A. Brasil. 113-123pp.
- Gir, Elucir. Vaichulonis, Carla Gisela. Dias de Oliveira, Marcela. 2005. Adesão à Terapêutica Anti-Retroviral por Indivíduos com HIV/AIDS Assistidos em uma Instituição do Interior Paulista. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. São Paulo. 13(5). 634-641pp.

- Haynes, RB. 2001. Adherence to long-term therapies. World Health Organization. www.who.int/mip/2C03/other-documents/en/e%20AAK%20Adherence.pdf. 31/05/05.
- Hecht, Jacki. et al. 2005. Motivational Interviewing in Community-Based Research: Experiences From The Field. The Society of Behavioral Medicine. 29. 29-34pp.
- Hesbeen, Walter. 2000. Cuidar No Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Lusociência. Loures. 201pp.
- Hesbeen, Walter. 2001. Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Lusociência. Loures. 220pp.
- Hesbeen, Walter. 2003. A Reabilitação: Criar Novos Caminhos. Lusociência. Loures. 166pp.
- Honoré, Bernard. 2002. A Saúde Em Projecto. Lusociência. Loures. 231pp.
- Horne, R. 2000. Nonadherence to medication: causes and implications for care. 111-130pp. In: A behavioral approach to pharmacy practice (P. Gard), Blackwell Science, Oxford.
- Langer, Nieli. 1999. Culturally Competent Professionals in Therapeutic Alliances Enhance Patient Complianc. Broadway. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Proquest Nursing Journals. Nº1. Vol.10. 19-26pp.
- Latimer, Joanna. 2005. Investigação Qualitativa Avançada Para Enfermagem. 1ª ed. Instituto Piaget. Lisboa. 261pp.
- Leininger, M. 1985. Nature, rationale, and importance of qualitative research methods in nursing. 1-25pp. In: Qualitative research methods in nursing. (M. Leininger), Grune & Stratton. New York.
- Leite, Nair Silvana. Vasconcelos, Maria da Penha Costa. 2003. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciências e Saúde Colectiva. Itaja. 8(3). 775-782pp.
- Lemos e Sousa, Odete. 2005. Adesão ao Regime Terapêutico em Crianças Infectadas pelo VIH/SIDA. Revisão de Literatura (2003-2005). Revista Portuguesa de Enfermagem. nº4. 15-26pp.
- Linton, Ralph. Fontes, Martins. 2000. O Homem: Uma Introdução à Antropologia. Gráfica Geraldo Alves. 470pp.

- Lopes, Manuel José. 1999. *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. Gráfica 2000. 216pp.
- Lowes, Robert. 1998. *Patient-Centered Care For Better Patient Adherence*. St. Lowes. Family Practice Management. <File://D:\EBSCOhost3.htm>. 03/05/05.
- Martins, Heloisa Helena T. Souza. 2004. *Metodologia Qualitativa de Pesquisa*. Educação e Pesquisa. n.º2. 30. 289-300pp.
- Mattos, Carmen Lúcia Guimarães. 2001. *A abordagem etnográfica na investigação científica*. Espaço Informativo Técnico do Ines Mec. Rio de Janeiro. n.º16. 53-58pp.
- Meleis, A.I., and P.A. Trangenstein. 1994. *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook 42. 255-259pp.
- Mitchell, Gail J. 2004. *Rosemarie Rizzo Parse, Tornar-se Humano*. 593-628pp. In: Tomey, Ann Marriner. Alligood, Martha Raile. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Moniz, José Manuel. 2006. *A Enfermagem e a Pessoa com Doença Crónica*. In: *Ordem dos Enfermeiros*. [on line]. <http://www.ordemenfermeiros.pt>. [Base de dados acedida 10/2007]
- Neuman, Betty. 1995. *The Neuman Systems Model*. Third Edition. Library of Congress. USA. 732pp.
- Ogden, J. 1999. *Psicologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa. 400pp.
- Organização Mundial de Saúde. 2003. “Adherence to long-term therapies evidence for action.” Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].
- Paiva, Ana. 2007. *António Damásio e a «nova Sociologia»*. Brotéria. 164. 131-154pp.
- Parker, Deborah J. Konkle. 2001. *A Motivational Intervention to improve adherence to treatment of chronic disease*. Mississippi. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. CHINAHL® - Database of Nursing and Allied Health Literature. n.º2. vol.13. 61-68pp.
- Pinto de Jesus, Maria Cristina. Bastos Peixoto, Maria Ribeiro. Ferreira Cunha, Mércia Heloísa. 1998. *O Paradigma Hermenêutico Como Fundamentação das Pesquisas*

- Etnográficas e Fenomenológicas. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [on line]. vol.6. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200006... [Base de dados acedida 03/2006]
- Polit, D., C. Beck and B. P. Hungler. 2004. Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos, avaliação e utilização, 5ª ed. Artemed Editora, Porto Alegre. 487pp.
- Quivy, R. and L.V. Champenhoudt. 2003. Manual de investigação em ciências sociais, 3ª ed. Gradiva, Lisboa, 282pps.
- Raposo, Paulo. 2002. A construção antropológica de um terreno: performances culturais. 41-60pp. In: Caria, Telmo, H. Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.
- Reach, Gérard. 2004. Role of habit in adherence to medical treatment. Diabetic Medicine. nº22. 415-420pp.
- Ribeiro, José Luis Pais. 2005. Introdução à Psicologia da Saúde. 1ª ed. Quarteto. Coimbra. 359pp.
- Richardson, Roberto Jarry. Como Fazer Pesquisa Acção. [on line]. <http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisacao.htm>. [Base de dados acedida 12/2005]
- Richardson, Roberto Jarry. Pesquisa Participante e Pesquisa Acção: Alternativas de Pesquisa ou Pesquisa Alternativa. [on line]. <http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisaparticipdef.htm>. [Base de dados acedida 12/2005]
- Richardson, Roberto Jarry. Wainwright. 1999. A Pesquisa Qualitativa Crítica e Válida. Pesquisa Social. Ed. Atlas. [on line]. 3º ed. São Paulo. nº6. <http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisaqualitativa.htm>. [Base de dados acedida 12/2005]
- Rosemarie Rizzo Parse. <http://www.humanbecoming.org/site/default.html>.
- Ruquoy, Danielle. 1997. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. 84-117pp. In: Luc Albarello, Françoise. Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux. Christian Maroy, Danielle. Ruquoy, Pierre de Saint-Georges. 1997. Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. 1ª ed. Gradiva - Publicações, L.^{da}. Lisboa.
- Schafner, Susan D. Yoon, Saun-Joo L. Evidence-based Methods to Enhance Medication Adherence. Florida. The Nurse Practitioner. [Online]. nº12. vol.26. p.44,50,52,54. Available: <http://search.ebscohost.com> [Base de dados acedida em Maio 3/2005].

Schlenk, E.A., J. Dunbar-Jacob and S. Engberg. 2004. Medication non-adherence among older adults a review of strategies and interventions for improvement. *Journal of Gerontological Nursing* 30. 33-43pp.

Silva, Augusto Santos. Pinto, José Madureira. 2005. *Metodologia Das Ciências Sociais*. 13ª ed. Edições Afrontamento. Porto. 323pp.

Silva, Isabel. Pais-Ribeiro, José. Cardoso, Helena. 2006. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência IIª Série*. nº 2. 33-41pp.

Sousa, M.R.M.G.C. 2003. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2 [Dissertação de Mestrado em Educação na Área de Especialização de Educação para a Saúde]. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia: Braga. 178pp.

Soveral, Manuela. 2005. A Entrevista de Explicitação: Uma abordagem metodológica. *Pensar Enfermagem*. nº1. 9. 26-35pp.

Streubert, Helen J. Carpenter, Dona R. 2002. *Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Lusociência. Loures. 381pp.

Toledo, Melina Mafra. Rodrigues, Sandra de Cássia. Chiesa, Anna Maria. 2007. Educação Em Saúde No Enfrentamento Da Hipertensão Arterial: Uma Nova Ótica Para Um Velho Problema. *Texto & Contexto Enfermagem*. Brasil. nº002. vol.16. 233-238pp.

Vieira, Margarida. 2007. *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda. Lisboa. 155pp.

Wallerstein, Immanuel. 2003. As estruturas do conhecimento ou quantas formas temos nós de conhecer? 117-123pp. In: Santos, Boaventura De Sousa. *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: “Um Discurso sobre as Ciências Revisitado”*. Edições Afrontamento. Porto. 775pp.

Watson, Jean. 2002. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, L.^{da}. Loures.182pp.

Wikblad, F. Karin. 1991. Patient perspectives of diabetes care and education. Sweden. *Journal of Advanced Nursing*. nº 16. 837-844pp.

Zemelman, Hugo. 2003. Sujeito e sentido: considerações sobre a vinculação do sujeito ao conhecimento que constrói. 435-446pp. In: Santos, Boaventura De Sousa. Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: “Um Discurso sobre as Ciências Revisitado”. Edições Afrontamento. Porto. 775pp.

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

GUIÃO DE ENTREVISTA

Quais as dimensões que promovem a adesão do Ser Humano aos diferentes regimes terapêuticos?

ESTRUTURA	OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	QUESTÕES	LINHAS DE ORIENTAÇÃO
INTRODUÇÃO	<p>Apresentar a razão do trabalho e os objectivos aos participantes;</p> <p>Garantir a confidencialidade de todos os dados colhidos;</p> <p>Solicitar autorização para a utilização de gravador</p>	<p>Explicar os objectivos do trabalho;</p> <p>Reforçar a importância da sua participação;</p> <p>Referir que toda a informação, será objecto de confidencialidade;</p> <p>Explicar o porquê da importância de gravar a entrevista;</p>	<p>Está esclarecido sobre as razões que me levaram a fazer este trabalho?</p> <p>Compreendeu a razão de participar neste trabalho?</p> <p>Gostaria de colocar alguma questão?</p> <p>Autoriza a gravação da entrevista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Facultar o documento do consentimento informado e dar tempo para que o participante o leia; ❖ Caso não saiba ler ou escrever, fazer a leitura do mesmo e disponibilizar-se para qualquer dúvida que surja decorrente da leitura; ❖ Ter uma almofada de tinta, caso seja necessário; ❖ Pedir para assinar o consentimento da participação no estudo;

GUIÃO DE ENTREVISTA

Quais as dimensões que promovem a adesão do Ser Humano aos diferentes regimes terapêuticos?

CORPO	<p>Conhecer as expectativas dos participantes em relação ao seu regime terapêutico, quer seja farmacológico ou não farmacológico;</p>	<p>Explicar a terminologia em termos de linguagem utilizada, para que os participantes percebam do que se está a falar;</p> <p>Colocar as questões de forma explícita e adequada aos participantes;</p>	<p>Face ao(s) seu(s) problema(s) de saúde e considerando as indicações que tem para se tratar, quer em termos de apoio farmacológico quer em relação aos comportamentos que terá que adoptar, diga-me o que pensa do seu regime terapêutico.</p> <p>Gostaria que me falasse da sua experiência neste processo, quer em termos de cumprimento ou não.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conhecimentos sobre o problema de saúde? ❖ Acções para o resolver ou minimizar? ❖ Orientações/informações sobre o RT? ❖ Conhecimentos sobre o seu RT? ❖ Capacidade de avaliação dos riscos e benefícios e que influência exerce? ❖ Influência do RT na sua tomada de decisão? ❖ Centro de responsabilidade? ❖ Interferências na vida quotidiana? ❖ Experiências face ao RT? ❖ Contributos dessa experiência para a sua vida? ❖ Influência das actividades de vida no cumprimento do seu RT? ❖ Influência da sua personalidade?
-------	---	---	--	---

GUIÃO DE ENTREVISTA

Quais as dimensões que promovem a adesão do Ser Humano aos diferentes regimes terapêuticos?

	<p>Identificar os factores que interferem no processo de adesão terapêutica;</p>	<p>Abordar aspectos relacionados com os comportamentos, estilo de vida, capacidade de tomada de decisão, responsabilidade, informações que detém, experiências vividas, influência exercida quer do regime quer de outro nível, as crenças de saúde individuais e da comunidade, a cultura própria e da comunidade, o auto cuidado (vigilância da saúde, responsabilidade de manutenção da sua saúde); problema de saúde, relação com os outros, com as instituições, acesso aos cuidados de saúde, relações familiares e sua influência/apoio,</p>	<p>Gostaria que me relatasse os motivos desta sua experiência;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fase da doença? ❖ Tipo de relação com os profissionais de saúde? ❖ Acesso aos cuidados de saúde? ❖ Farmacêutico da comunidade? ❖ Relação com os outros? ❖ Situação familiar e sua relação? ❖ Influência/peso familiar? ❖ Pessoas da própria comunidade? ❖ Partilha de crenças e costumes? ❖ Conhecimentos sobre outras pessoas? ❖ Hábitos de vida? ❖ Valores próprios? ❖ Interferência da cultura? ❖ Atitudes do profissional de saúde: linguagem, atendimento, respeito pela individualidade da pessoa?
--	--	---	--	---

GUIÃO DE ENTREVISTA

Quais as dimensões que promovem a adesão do Ser Humano aos diferentes regimes terapêuticos?

	Identificar as estratégias utilizadas pelos participantes no processo de adesão;	personalidade, Actividades de vida diárias, regime dietético, hábitos implementados, conhecimento de si e dos outros, valores próprios, amigos e forma de lazer, pessoas significativas, religião;	Havendo a necessidade de seguir um regime terapêutico, importa-se de apontar algumas estratégias/acções para satisfazer ou não essa necessidade?	<ul style="list-style-type: none">❖ Amigos e formas de distração?❖ Pessoas significativas – influência positiva ou negativa?❖ Adaptação ao RT farmacológico ou não farmacológico?❖ Hábitos e gostos alimentares?❖ Pessoa que confecciona os alimentos?❖ Religião/ Igreja?❖ Locais de lazer?❖ Actividades desportivas/reabilitação?❖ Tempos livres?❖ Tipo de ajuda do profissional de saúde?❖ Apoio/envolvimento familiar?❖ Expectativas face aos resultados?
--	--	--	--	---

GUIÃO DE ENTREVISTA

Quais as dimensões que promovem a adesão do Ser Humano aos diferentes regimes terapêuticos?

CONCLUSÃO	<p>Obter informação, que não foi colhida durante a entrevista;</p> <p>Informar sobre a maneira de ter conhecimento dos resultados no trabalho final (onde e como);</p> <p>Finalizar a entrevista;</p>	<p>Solicitar o preenchimento de um questionário com os dados biográficos;</p> <p>Explicar o local onde se encontrará o trabalho final e como consultá-lo;</p> <p>Formalizar os agradecimentos pela colaboração;</p>	<p>Poderá preencher este pequeno questionário, com os seus dados, apenas para o poder identificar durante a análise dos dados?</p> <p>Tem alguma questão que necessite de esclarecimento ou que queira falar, em relação ao tema que estivemos a conversar?</p>	<p>❖ Solicitar ou preencher consoante o participante souber ou não ler e escrever os dados.</p>