

Relação entre aspectos culturais e adesão ao tratamento em idosos



*Maria Elisa Gonzalez Manso
Vanessa Tiemi Comosako
Ruth Gelehrter da Costa Lopes*

Conceituar saúde e doença demanda explicações sustentadas em modelos mais complexos que incluam um espectro mais amplo que o molecular-subindividual-sistêmico-ecológico da dimensão biológica para integrá-lo no individual-social-cultural em sua dimensão histórica (MORENO-ALTAMIRANO, 2007, p. 69).

Com as progressivas melhorias no saneamento, na limpeza da água, no controle dos ambientes de trabalho e na nutrição, obteve-se a contenção das doenças infecciosas, fatores que aliados aos progressos farmacológicos, às imunizações e às tecnologias médicas descobertas ao longo do século XX possibilitaram que as pessoas vivam hoje durante mais tempo. Esses avanços trouxeram não apenas longevidade, mas uma mudança na forma como as diferentes populações adoecem. Atualmente, as doenças infectocontagiosas perderam a importância enquanto únicas causadoras de óbitos, já que as alterações nas condições de vida das populações e estilo de vida das pessoas são responsabilizadas pelo incremento das doenças ditas crônicas.

Além disso, há avanços reconhecidos com novos medicamentos, novas tecnologias de diagnóstico, novos insumos como próteses e novas técnicas cirúrgicas, e que promovem, de fato, um prolongamento da expectativa de vida

das populações, e mudanças nas causas tanto de morbidade quanto de mortalidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem-se um grupo de doenças que possuem longa evolução, múltiplos fatores de risco, etiologia não totalmente elucidada, longo período de latência, longo curso assintomático e manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação. São acompanhadas de alterações degenerativas em tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, modificações estas que levam a lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e deficiências, chegando até ao óbito. Incluem as principais causas de mortalidade e morbidade hoje no mundo: as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas, as doenças mentais e o diabetes.

As doenças cardiovasculares incluem as doenças do coração e vasos sanguíneos, responsáveis por, aproximadamente, 80% do total de óbitos que ocorrem hoje no mundo, correlacionando-se a fatores de risco epidemiológicos como o uso do tabaco, a inatividade física e a alimentação pouco saudável. Já os cânceres, caracterizados pela multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo, são a segunda principal causa de morte no mundo, seguidos pelas doenças respiratórias tais como a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica, as doenças pulmonares relacionadas ao processo de trabalho, as afecções relacionadas ao hábito de fumar, entre outras.

O diabetes é uma doença metabólica que não possui mortalidade elevada quando comparada a outras DCNT, mas é um importante fator de risco para condições mais graves, tais como, as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal e a cegueira. Por sua vez, por doença mental entende-se uma gama de enfermidades caracterizadas por afetar as atitudes, o pensamento, os sentimentos e a capacidade de se relacionar socialmente.

As DCNT são causadas e/ou agravadas e/ou associadas a uma combinação de fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e individuais. Todas elas podem ocorrer isolada ou concomitantemente, constituindo o que se denomina comorbidade, quadro que, quando presente, acentua ainda mais o número de deficiências, incapacidades e mortes. Por este motivo, são consideradas como doenças com um alto impacto para os seus portadores, suas famílias e grupo sociais, pois deterioram a qualidade de vida dos enfermos.

A essa modificação do padrão de adoecimento da população, passando da alta prevalência de doenças infectocontagiosas para o aumento da frequência de DCNT, denomina-se transição epidemiológica, e que se encontra diretamente relacionada a duas outras transições pelas quais passa o mundo: a demográfica e a de risco. A primeira relaciona-se ao envelhecimento da população e, do ponto de vista demográfico, caracteriza-se por um incremento proporcional do número de idosos na população, somados ao fato que os idosos se tornam, a cada dia, mais longevos. A segunda se refere à associação das DCNT a fatores de risco como o hábito de fumar, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, o uso prejudicial de álcool e o sofrer de estresse psicossocial agudo ou crônico.

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que elas afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis e expostas aos riscos, além de terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (ABEGUNDE et. al., 2007).

Associada a todo esse contexto, tem-se ainda o processo de senescência. Do ponto de vista biológico, ela pode ser definida como sendo um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, normal, natural a cada espécie viva e que proporciona a deterioração de um organismo maduro, de tal forma que este se torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente conforme envelhece. Esse processo leva a alterações metabólicas, locomotivas, fisiológicas e conseqüentemente, funcionais. Como resultado, pode-se observar uma redução da capacidade vital desse indivíduo ao longo dos anos.

As transições epidemiológica, demográfica e de risco, têm trazido em seu rastro não só preocupações sociais e econômicas, mas também têm posto em cheque a forma como o modelo biomédico aborda essas doenças e seus tratamentos. São doenças que, até o momento e em sua imensa maioria, são incuráveis, possuem múltiplas causas, e não há uma terapêutica específica e única voltada para a causa, mas sim várias opções de tratamento, focado quase que totalmente para os sintomas. Hoje a discussão gerada por este novo quadro volta-se para a eficiência dos sistemas de saúde em lidar com práticas diferenciadas no trato destes enfermos.

O questionamento maior ocorre tanto em relação à inacessibilidade por grande parte da população à tecnologia, diagnóstica e terapêutica, quanto, e principalmente, à incapacidade dos profissionais da saúde, ultraespecializados, de conseguir voltar-se para o tratamento destas doenças. As DCNT trazem o imperativo de uma abordagem cuidadora, preocupada com a pessoa como um todo e não mais apenas curadora, preocupada com a doença em si. Essas doenças exigem dos profissionais da saúde um cuidado mais integral, e um olhar mais atencioso para suas múltiplas causalidades. Neste contexto surge a necessidade de melhor compreender os determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento dos indivíduos, que tornam o processo saúde-doença únicos, exigindo uma atenção individualizada e uma linha de cuidado singular.

É necessário ainda possibilitar ao enfermo o envolvimento em seu próprio tratamento. Daí surge o conceito de adesão ao tratamento, no qual parte da proposição de que o adoecido, conhecedor da afecção que o acomete e da proposta de tratamento para a mesma, tenha um comportamento ativo e colaborativo, seguindo as recomendações. Assim, o doente deixa de ser paciente, pois participa do planejamento terapêutico, podendo ou não aceitá-lo. Por se tratar de um comportamento ativo, o enfermo pode deixar de realizar uma ou mais orientações ou mesmo todas. Vários estudos demonstram que em torno de 50% dos portadores de afecções crônicas não aderem ao tratamento ou aderem apenas parcialmente (DIAS et. al., 2011).

A adesão ao tratamento depende dos contatos que os doentes têm com os serviços e profissionais de saúde, das suas crenças, do seu conceito de doença, das suas percepções e expectativas, das suas experiências de adoecimento. É ainda influenciada pela rede social e familiar, bem como por fatores sociais e econômicos como o acesso aos serviços e possibilidade de cumprir o que foi estabelecido (OMS, 2003).

O vínculo entre profissionais de saúde e pessoa idosa passa a ser de suma importância para que a adesão ocorra, pois a pessoa acometida por uma DCNT necessita modificar hábitos adquiridos durante toda a vida. Estes hábitos, principalmente os alimentares, são carregados de simbolismos, às vezes relacionados à identidade étnica do idoso, além de carregarem afetos e pertencimento à uma unidade familiar ou comunidade.

Assim, o conjunto de conhecimentos oriundos de crenças, mitos, costumes, tradições, tabus, percepções e interpretações construídas na cultura, muitas vezes transmitidas por muitas gerações, agem como mediadores tanto no processo de adoecimento, quanto nas percepções que os indivíduos possuem de sua doença ou das causas e fatores que nela interferem.

Como pode ser observado em pesquisa realizada com 71 idosos, vinculados a um plano de saúde e moradores na cidade do Rio de Janeiro, o nível de escolaridade, embora teoricamente facilite ao indivíduo o acesso ao conhecimento a respeito da sua doença, não interferiu na relação com o tratamento. A influência da cultura familiar foi o aspecto mais significativo.

A maioria destes idosos era casada, e foi observado que, apesar de todas as mudanças que estão ocorrendo na unidade familiar, a família ainda tem um valor cultural importante para essas pessoas. Em relações nas quais havia vínculo e compartilhamento de costumes, o parceiro influenciou de maneira positiva na adesão ao tratamento, através de incentivo, intimidade, afeto e segurança. Por outro lado, em famílias com vínculos fragilizados, houve influência negativa na adesão.

A cultura mostra-se dinâmica nas diferentes sociedades, uma vez que sofre mudanças em velocidades distintas. Essas mudanças, visto que os aspectos da vida cultural estão ligados entre si, representam um desafio aos que atuam na área da saúde.

As doenças crônicas dependem, para seu controle, de ajustes contínuos no estilo de vida. Para alcançá-los, os profissionais de saúde precisam identificar estratégias pertinentes e efetivas para cada indivíduo. Todavia, na busca pela adesão satisfatória, é de extrema importância a consciência de que devemos ter cautela ao orientar determinadas mudanças no estilo de vida alheio, pois as diferentes culturas permitem visões distintas do mundo. Assim, considerar a individualidade e as crenças de cada um nos permite mostrar a importância e eficácia de um tratamento seguido da forma correta.

Gazzinelli e colaboradores (2005) destacam que os programas de educação em saúde hegemônicos se voltam para o modelo exógeno de doença. Assim, há sempre um agente de fora a ser combatido, tal como o fumo, o álcool, etc., apontados como fatores causais da enfermidade. Educar é visto pelo profissional da saúde como a correção de maus hábitos e de comportamento inadequados, atribuíveis a um déficit cultural e cognitivo, que pode ser superado através da ajuda e informação.

Trata-se de uma visão de educação normativa e que vários estudos demonstram ser ineficaz. O comportamento humano traduz percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos. As pessoas, incluindo os próprios profissionais, estão sempre reatualizando seus hábitos, modos de vida e sensibilidades de acordo com significados históricos e culturalmente construídos, elaborando representações de saúde e doença. Portanto, apenas agregar conhecimentos não é o suficiente para mudar comportamentos (GAZZINELLI et. al., 2005; MANSO, 2015).

Frente a isso, outra questão a ser levantada é a relação que os profissionais da saúde precisam desenvolver a fim de garantir uma melhor adesão ao tratamento. Para o cenário das doenças crônicas e para o cuidado ao idoso torna-se impróprio o modelo de atenção convencional, forçando um repensar da prática médica, que deve deixar de ser focada em enfermidades que originam um atendimento pontual, e que são curáveis, trasladando-se para um atendimento mais cuidadoso, centralizado na pessoa adoecida e em condições nas quais a cura ainda não é possível; onde não há mais um único agente etiológico e sim uma miríade de fatores que demandam várias intervenções tanto do sistema médico quanto de outras profissões, inclusive de fora do sistema de saúde.

Considera-se essencial entender a pessoa idosa como um sujeito que se estrutura na e pela interação de suas diversas dimensões e por suas relações com o meio. Esta concepção considera o indivíduo em sua totalidade, orienta o entendimento do processo saúde/doença incidindo sobre a prática dos profissionais de saúde, influenciando seu modo de tratar o idoso e colocando o foco da atenção na pessoa e não na doença.



Como um princípio orientador, transforma as relações de quem cuida com quem é cuidado, na medida em que a partir dele a impessoalidade da relação sujeito-objeto dá lugar à relação sujeito-sujeito, possibilitando aproximações mais compromissadas e humanizadas. Tal aproximação permite o

conhecimento recíproco e abre caminho para o diálogo. Dessa forma, é possível criar vínculos, o que facilita a compreensão das necessidades de quem sofre (SILVEIRA e RIBEIRO, 2012).

O profissional de saúde influenciará na adesão ao tratamento na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com ele um nível de comunicação e de relacionamento que sejam efetivos. Dessa maneira, é possível intervir de maneira mais eficaz, a fim de oferecer um cuidado integral que englobe todas as dimensões do sujeito idoso.

Referências

ABEGUNDE, D.O; MATHERS, C.D; ADAM. T; ORTEGON, M; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. v. 370, n. 9603, p.1929-38, 2007.

DIAS, A. M. et. al. Adesão ao regime Terapêutico Na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millennium*, v. 40, p. 201-219, 2011. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>

GAZZINELLI, M.F; GAZZINELLI, A; REIS, D.C; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Saúde Pública*, Fev. 2005, vol.21, nº.1, p.200-206. ISSN 0102-311X. Disponível em https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2005000100022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases: a report by the World Economic Forum. EUA: Harvard, 2011.*

MANSO, M.E.G. *Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo: Max Limonad, 2015.

MORENO-ALTAMIRANO, L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Publica*, v.49, p. 63-70, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. *Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde*. Brasília: OPAS, 2011.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais da saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.16, n.9, p.91-104, 2005.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>

Data de recebimento: 11/03/2018; Data de aceite: 21/05/2018

Maria Elisa Gonzalez Manso - Médica. Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia Social PUC-SP. Master em Psicogerontologia Universidade Maimônides - Buenos Aires (AR). Pós-doutorado em Gerontologia Social PUC SP. Professora Universitária e orientadora docente das ligas LEPE (Liga de Estudos do Processo de Envelhecer) e LAISI (Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde do Idoso) E-mail: mansomeg@hotmail.com

Ruth Gelehrter da Costa Lopes - Doutora em Saúde Pública-USP. Psicóloga. Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) no Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia, Curso de Psicologia e Supervisora na Clínica-escola "Ana Maria Poppovic". Coordenadora do grupo de pesquisa certificado pelo CNPq: Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento-NEPE. Membro da Red Iberoamericana de Psicogerontologia (Redip). E-mail: ruthgclopes@pucsp.br

Vanessa Tiemi Comosako - Graduanda do curso de medicina da Faculdade das Américas (FAM) e membros da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde do Idoso (LAISI) - São Paulo.