



VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

FACTORES DE ABANDONO DE MEDICAÇÃO EM POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DO ALTO ALENTEJO

FORMIGO, M^a Alexandra Leiria

Mestre em “Saúde e bem-estar das pessoas idosas, Doutoranda em Sociologia

Universidade de Évora

alexandraformigo@hotmail.com

Resumo

O envelhecimento é um processo biológico natural, sendo a longevidade crescente, o que pode dar origem ao aparecimento de múltiplas patologias. Assim surge a necessidade do uso de medicamentos, sendo muitas vezes a polimedicação um dos métodos utilizados para tratar e/ou minimizar os efeitos nocivos das doenças. Este estudo desenvolve-se em torno das questões: I - Problematizar sociologicamente os factores associados ao abandono, sua interligação a contextos socioculturais de pertença e referência dos indivíduos. Ao envelhecimento associa-se maior consumo de medicamentos que coexiste com aumento de abandono total ou parcial da terapêutica. O objectivo geral é explorar os factores de abandono de medicação por parte da população idosa e compreender o modo como esse abandono está interligado com os contextos socioculturais de pertença e referência dos indivíduos. II - Discutir as estratégias metodológicas mais adequadas, atendendo à especificidade etária e inserção sociocultural da população em análise. Teórica e epistemologicamente propõe-se uma operacionalização empírica através de um estudo de caso exploratório, descritivo e longitudinal, assente na triangulação metodológica. A informação será recolhida através de inquéritos por questionário e entrevistas semiestruturadas aplicadas a indivíduos com 65 e mais anos, com prescrição terapêutica e através de informantes privilegiados identificados junto dos serviços de saúde e farmácias e residentes em cidades, vilas e aldeias do Alto Alentejo.

Abstract

Aging is a natural biological process, and increasing longevity can give the appearance of multiple pathologies. Thus the need of medication arises. Often polypharmacy becomes one of the methods used to treat and / or minimize the harmful effects of diseases. This study is developed around the following issues: I - Addressing under a sociological perspective the factors associated with no adherence, its interconnection to sociocultural contexts of belonging and reference individuals. The aging processes are associated with higher consumption of drugs that coexists with an increase of total or partial medication relinquishment. The overall objective is to explore the factors leading to the desertion of medication by the elderly and understand how this abandonment is interconnected with the relevant socio-cultural contexts and reference individuals. II- Another goal is to discuss the most appropriate methodological strategies, given the age specificity and sociocultural integration of the population under analysis. Theoretical and epistemological it is proposed an empirical operationalization through a study exploratory, descriptive, longitudinal case, based on methodological triangulation. The information will be collected through questionnaire surveys and semi-structured interviews applied to individuals over 65 years, residents in cities, towns and villages of the Alto Alentejo, under medical therapeutics as well as through key informants identified through health services and drugstores and prescription services.

Palavras-chave: Envelhecimento; medicação; percepção de saúde/doença.

Keywords: Aging; medication; health/disease perception.

Introdução

Neste estudoⁱ “Factores de abandono da medicação em população idosa: estudo de caso na região do Alto Alentejo” pretende-se explorar, de um ponto de vista sociológico, os factores de abandono de medicação por parte da população idosa e compreender o modo como esse abandono está interligado com os contextos sócio-culturais de pertença e referência dos indivíduos. Teórica e epistemologicamente a proposta parte dos contributos oriundos da sociologia da saúde e do envelhecimento e metodologicamente prevê uma operacionalização empírica através de um estudo de caso assente na triangulação metodológica.

Ao envelhecimento associa-se maior consumo de medicamentos que coexiste com aumento de abandono total ou parcial da terapêutica. Estudos referem várias causas para este abandono: falta de recursos financeiros; incompreensão das prescrições; polimedicação; factores culturais (entre outros). Não foram encontrados estudos sobre a lógica de abandono parcial. São objectivos específicos: a) identificar e caracterizar razões/motivações para o abandono de medicação; b) caracterizar a diversidade subjacente aos padrões de abandono; c) descrever e compreender a hierarquia de critérios, designadamente, as percepções de risco e de eficácia, as percepções sobre a doença, a natureza do problema e qual a tipologia e gravidade atribuída; d) identificar e compreender os principais factores de variabilidade do abandono; e) identificar e compreender eventuais “lógicas de substituição”.

Neste texto será feita uma breve abordagem dos conceitos de saúde e doença ao longo dos tempos, seguida de uma caracterização demográfica do envelhecimento, nomeadamente em Portugal e mais especificamente no Alto Alentejo. Serão abordados alguns conceitos de saúde, doença e as suas configurações sociais conjuntamente com a adopção ou não de estilos de vida saudáveis, assim como o uso e/ou abandono parcial ou total de medicação.

Metodologicamente, propomo-nos desenvolver um estudo de caso, em que será efectuado um retrato sociográfico dos consumos terapêuticos.

No final serão apresentados alguns resultados já obtidos e efectuadas breves notas finais sobre a realidade observada.

1. Evolução dos conceitos de saúde e doença

Os conceitos de saúde e doença têm sido ao longo dos tempos sujeitos a avaliações e mudanças constantes. Para Myers & Benson (1992) referidos por Albuquerque & Oliveira (2010) duas concepções têm marcado o percurso da medicina, a “concepção fisiológica”, iniciada por Hipócrates, na qual as origens da doença resultam de um desequilíbrio entre as forças da natureza que se defrontam fora e dentro de cada um, esta medicina centra-se no paciente como um todo e no seu meio ambiente, evitando associar a doença a órgãos corporais específicos. Por outro lado referem a “concepção ontológica” que sustenta, que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes, sendo algo sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do doente.

Dubos (1980) citado também por Albuquerque & Oliveira (2010), mencionou que na medicina da Mesopotâmia e do Antigo Egipto as concepções de saúde e doença eram conotadas com processos mágico-religiosos ou com castigos que derivavam de pecados cometidos pelos doentes.

Nas sociedades modernas o conceito saúde/doença tem vindo a aumentar as preocupações a nível ambiental, o crescente aumento de processos de modernização automatizada e de inovação permanente, assim como uma desigual distribuição dos recursos sócio económicos leva a uma desigual distribuição da saúde, quer a nível dos países quer dos grupos sociais dentro de cada país (PNUD, 1999; Townsend e Davidson, 1983, citados por Silva et al. 2004). A saúde torna-se numa actividade cívica que abrange toda a população e envolve todos os comportamentos, o “dever de saúde” já era referido em 1970, por Herzlich, citado por Silva et al. (2004), como estando presente nas consciências individuais como obrigação para desenvolver estilos de vida saudáveis. Desta forma, e segundo as orientações da OMS o conjunto de comportamentos individuais para essa vida saudável (alimentação, exercício físico, consumo de tabaco e álcool, etc.) compromete cada indivíduo para através dos seus procedimentos, individualizar a doença, criando desta forma uma

responsabilização, que ao ocultar as condições estruturais que na maioria das vezes determinam certos comportamentos (pois a capacidade de muitas pessoas para adoptarem esses comportamentos é muitas das vezes limitada pelo ambiente cultural, social e económico), pouco mais consegue que “culpabilizar as vítimas” (Silva *et al.*, 2004).

2. Abordagem demográfica do envelhecimento

O aumento da esperança de vida nas sociedades modernas apresenta-se como um problema social e um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas. As “pessoas idosas” enquanto estereótipo socialmente elaborado e facilmente reconhecível, agrupam um grupo de indivíduos cujas características, relativamente similares, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e por vezes mesmo exclusão social (Fonseca, 2007).

Perante estes dados pode-se colocar a questão do que é ser velho nas sociedades modernas e qual a idade para ser considerado velho. Actualmente e com a idade da reforma aos 65 anos faz-se coincidir a definição institucional de velhice aos 65 anos na maioria dos países europeus. No entanto, e perante o desequilíbrio existente entre os quotizantes e os beneficiários sente-se a necessidade de o minimizar, sendo uma das probabilidades o alargamento da idade da reforma, estando em estudo a sua alteração para os 67 anos e quem sabe se num futuro mais ou menos próximo não será para os 70.

O conceito de idoso tem variado ao longo dos anos, sendo actualmente encarado de maneira diferente. Segundo Jones & Rose (2005) definir idoso é muito difícil, e a idade cronológica, ou seja a passagem do tempo, em anos, desde o nascimento é infelizmente o indicador mais usado, existindo outras formas, eventualmente mais correctas, de definir idade: uma delas é a idade biológica que tem em conta um conjunto de processos fisiológicos que podem conduzir à perda ou condicionamento da adaptabilidade, doença, deterioração física, limitações funcionais, incapacidade e mesmo à morte. Há ainda a definição de idade funcional a qual tem a ver com a condição física comparativamente a outros com a mesma idade e do mesmo sexo. Para Stuart-Hamilton (2002) não existe um ponto determinado, único, em que a pessoa fica “velha”, sendo a idade cronológica uma medida arbitrária e não muito exacta, pois a redução a um número dará uma noção enganadoramente objectiva.

A ignorância ou o não entendimento do envelhecimento como um processo normal de aprendizagem e de vida, é determinante na percepção que o indivíduo tem do “avanço” na linha de vida. Assim, como refere Fonseca (2007) em Portugal colocar a questão de um envelhecimento bem ou mal sucedido é definir os padrões de adaptação do idoso às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando assim a influência da introdução de critérios externo-sociais (o que os outros esperam do idoso) e de critérios interno-individuais (o sentir e a vontade subjectiva). Em Portugal a resignação com a vida e com o destino é um sentimento muito comum, especialmente entre os idosos. Este sentimento, em conjunto muitas vezes com uma profunda atitude religiosa, determina a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso.

As influências negativas induzem-se também de forma exógena. As perspectivas que terceiros possam vir a ter sobre o envelhecimento desempenham um papel tão importante que, quando negativas, podem chegar a influenciar a vontade de viver dos idosos Levy *et al.* (1999-2000) citados por Levy *et al.* (2002). Em idosos latinos, Beyene *et al.* (2002) referem ser clara a diferença entre “ser velho” e “sentir-se velho”. Segundo eles “ser velho” é uma consequência da incapacidade de realizar as actividades de vida diária, devido à diminuição da condição física e à ocorrência de episódios de doença; enquanto a expressão “sentir-se velho” surge associada à diminuição do contacto social, à perda da vontade de viver da melhor forma possível o dia-a-dia, ou seja, este sentimento, parece estar relacionado com uma postura negativa sobre o envelhecimento que deixa de ser encarado como um processo natural da existência do ser vivo para se tornar uma inevitabilidade quase angustiante se o processo for negativado social e até institucional ou politicamente.

Pensamos que este tema é relevante por duas razões principais. Por um lado, o envelhecimento populacional revela-se como um fenómeno incontestável, na sociedade ocidental contemporânea, não constituindo Portugal excepção. Entre 2001 e 2011 verificou-se em Portugal um aumento de 26% no grupo etário a partir

dos 69 anos, sendo que a população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011 (INE, 2012). Este envelhecimento é um processo biológico natural que leva a um aumento da esperança de vida, uma das consequências deste aumento de longevidade é o aparecimento de pluripatologias as quais levam, entre outros, a um consumo considerável de medicamentos, de consultas médicas e de exames auxiliares de diagnóstico que passam a fazer parte do quotidiano dos idosos, com o consequente aumento de despesa. Estes aumentos quer de idosos quer de longevidade proporcionam uma perspectiva da demografia sobre o envelhecimento das populações sendo um ponto de partida essencial para estudar a problemática da velhice hoje. Por outro lado, sabemos que apesar de a população idosa ser fortemente medicalizada, apresenta taxas de abandono relativamente elevadas. Justifica-se, deste modo, a realização de estudos que visem o conhecimento aprofundado desta realidade cruzada, nomeadamente em contexto português.

Este desequilíbrio deve-se, entre outras causas, à melhoria dos cuidados de saúde, ao desenvolvimento de novas tecnologias na prevenção e/ou tratamento de certas patologias, ao aumento de informação sobre a prevenção/tratamento das mesmas, e à diminuição da taxa de natalidade, em Portugal, que poderá ter como consequência o consecutivo aumento da taxa de desemprego. Esta conjuntura leva a que haja uma dependência cada vez maior e até mais tarde, dos jovens relativamente aos pais e/ou avós, a uma procura de emprego fora do país com um aumento na emigração, ou a uma subsistência cada vez mais difícil o que não proporciona nem encoraja novos nascimentos. Em alguns casos são as reformas dos idosos (também elas cada vez mais reduzidas) que suportam todo o agregado familiar.

Este estudo está a ser realizado no Alto Alentejo (Portugal). A escolha desta região, e após pesquisa bibliográfica, deveu-se à especificidade desta região, comparativamente às outras regiões de Portugal, em vários sectores relacionados com a sua população, nomeadamente: maior abrandamento do crescimento demográfico, do índice de envelhecimento e de longevidade, da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos, da taxa no índice de dependência de pessoas idosas e da taxa de analfabetismo; menor densidade populacional e do índice de sustentabilidade potencial; terceiro lugar na taxa de desemprego e no desemprego de longa duração; região em que o custo de trabalho é mais baixo. Em contrapartida apresenta: o maior número de farmácias e postos farmacêuticos móveis por 10 000 habitantes; o valor mais elevado no que respeita a consultas por habitantes; a segunda taxa mais elevada de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde; o menor número de internamentos por 1000 habitantes; em 2008 era a região onde menos se recorria a medicina privada sendo uma das regiões onde era mais comum a automedicação (Villaverde Cabral & Silva, 2009). O aumento do custo de vida, de impostos, a diminuição nos salários e a precariedade de muitos dos empregos poderão ser também eles factores agravantes e/ou desencadeantes de toda esta situação.

3. Saúde, doença e configuração social

São vários os autores que referem os problemas dos idosos, nomeadamente a sua situação de vulnerabilidade relativamente ao risco de pobreza e de exclusão social, manifestando a sua preocupação relativamente à desigualdade existente no acesso aos diversos serviços, designadamente aos serviços de saúde. Para Herzlich & Pieerret (1984), citados por Carapinheiro (1986) cada época é dominada por uma doença, a qual *“domina a realidade da experiência e a estrutura das representações”* (p. 10).

Para Carapinheiro (1986) cada época apresenta níveis de visibilidade histórica, sociológica e antropológica que determinam socialmente as “doenças”, os “doentes” e as concepções que eles e os outros interiorizam sobre a “condição de doente”, tornando-se a doença uma “realidade construída” e o doente “um personagem social”. Para René Dubos, citado por Carapinheiro (1986) não há definição universal de saúde: cada um de nós quer fazer qualquer coisa da sua vida e necessita para isso de uma saúde que lhe é particular.

No entanto são várias as definições encontradas para definir saúde. Segundo Guerra (1961): *“a saúde consiste num sentimento de bem-estar, de energia, de boa disposição, de equilíbrio; pelo contrário, a doença consiste em mal-estar, indisposição, falta de energia, desequilíbrio. A primeira é constituída por estados que valorizamos positivamente; a segunda por estados que valorizamos negativamente. Por outras palavras: a*

saúde é um bem, a doença é um mal (...). A saúde é desejada, apetecida; fazemos tudo para a manter e, se possível for, para a aumentar; a doença é receada, evitada, e quando surge procuramos curá-la o mais rapidamente possível. A saúde insere-nos na vida, liga-nos a ela; é sinal de que a nossa existência não está ameaçada nem o estará enquanto a conservarmos. Nas nossas apreciações elevamos a saúde à categoria de um bem inestimável e quando o infortúnio desaba sobre nós, consolamo-nos se ele poupa a saúde («haja saúde!»), porque entendemos que enquanto houver saúde nem tudo está perdido” (p. 163, 164).

A definição mais conhecida, e reconhecida é a da OMS na qual a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. São vários os autores que colocam interrogações a esta definição, nomeadamente Guerra que já em 1961 escrevia que, se por um lado esta definição pela sua simplicidade e fácil compreensão não levantava dificuldades imediatas na sua aplicação, tem o mérito do seu acento se colocar no carácter positivo da saúde e não como ausência de doença. Por outro lado levanta-se a dúvida se o bem-estar é critério suficiente de saúde, segundo ele quem se sente bem supõe-se com saúde, este critério é o comum, mas impreciso, tanto no aspecto subjectivo como no objectivo. Ao considerar só o bem-estar, a definição parece excluir o aspecto médico, isto é, define o estado de saúde pelo que o indivíduo sente e não pelo que o médico observa. É do conhecimento da maioria das pessoas, mesmo as mais leigas em termos de medicina, que muitas doenças (muitas delas as mais graves) não dão sintomatologia nas suas fases iniciais, só sendo detectadas em fases muitas vezes já tão avançadas que as taxas de sobrevivência são muito reduzidas. Então, nestes casos (e talvez noutros) a pessoa só porque se sentia num estado de completo bem-estar físico não era doente, ou de outra forma era saudável?

Apesar de todas estas explicações, mesmo na mesma época, a saúde não é entendida da mesma maneira por todos, o seu significado pode variar não só, por exemplo, entre um europeu e um residente numa tribo equatorial, ser diferente mesmo no mesmo país entre um cidadão e um camponês e entre os diferentes estratos sociais. Assim sem nos apercebermos em cada “definição” de saúde, subjaz o sentido da existência, que não se expressa em termos científicos ou empíricos, mas em termos de valor. Também os conceitos populares e os dos técnicos de saúde, com as divergências entre os pontos de vista objectivantes do médico e subjectivantes do doente, leva a que a caracterização genérica de saúde seja muito complexa (Guerra, 1961).

Montagner (2008) ao referir o pensamento de Bourdieu sobre o saber médico e as interpretações leigas sobre a saúde e doença descreve as variações das disposições dos agentes sociais relativamente à medicina e ao uso social do corpo, através das diferentes relações que se estabelecem entre as classes sociais e o corpo socializado. Neste contexto o *habitus* poderá condicionar as questões de identidade, de memória dos grupos sociais e de constituição de diferentes tendências corporais, pelo que poderá interferir nos diferentes modos de colocação e de utilização do corpo individual. O corpo, como objecto indissociável do ser humano tem, na teoria de *habitus*, de Bourdieu, uma centralidade e um lugar privilegiado do sujeito social apresentando-se como fundamento último da unidade do ser. Numa perspectiva de uma sociologia do corpo, e na teoria de Bourdieu, o *habitus* coloca a questão da centralidade do corpo como o *locus* privilegiado da análise do sujeito social, apresentando-se o corpo como um espaço de inscrição da nossa “condenação” social – inscrição de regras familiares e de classe, limitações colectivas e imaginário grupal – no corpo biológico. “*Na nossa sociedade, o corpo é o suporte de uma construção identitária realizada pela estrutura social sobre a pessoa, construção da qual o próprio indivíduo não é inteiramente sujeito: qual o condenado da colónia penal, a sentença a ser escrita sobre a nossa pele não nos é dada a conhecer*” (Montagner, 2006, p. 518).

4. Doença e terapêutica

O aumento da esperança de vida pode ter como consequência o aparecimento e/ou agravamento de certas patologias inerentes a tudo um processo de envelhecimento do organismo, as quais podem ser mais ou menos prevalentes consoante vários factores, nomeadamente a idade em que surgem, a idade do indivíduo, o seu estilo de vida e meio ambiente em que está inserido, factores hereditários, entre outros. Segundo

Carapinheiro (1986) a doença surge como um desvio social, os processos terapêuticos como formas de controlo social, organizando-se as relações sociais entre médico e doente segundo um modelo de interacção social onde cada um tem bem definidos os respectivos papéis. Ao médico é atribuído um papel social que lhe confere uma importância especial uma vez que é ele que define o que é saúde e o que é doença, legitimando assim o papel social do doente.

Também Silva (2011) refere que as profissões, políticas e o poder da instituição médica são dominantes a nível hospitalar, sendo a medicina curativa um modelo dos cuidados na relação com as outras racionalidades, medicalizando o espaço doméstico, sendo a indústria e o mercado da saúde, a tecnologia e as profissões situadas na relação com o Estado e as políticas, designadamente na privatização, com repercussões na pesquisa, nos cuidados e no acesso. Sendo a experiência da saúde e da doença analisada na dimensão do pluralismo das trajetórias e na diversidade terapêutica nelas envolvida, a análise dos saberes leigos explica a afirmação da subjectividade na relação com a saúde e a doença. Os fenómenos da saúde e da doença, como processos colectivos são constituintes da sociedade e da cultura e não seus simples reflexos. A sociologia da saúde tem como orientação o pensamento filosófico heurístico em que o ser humano é considerado como uma totalidade, no entanto a racionalidade médica afastou-se deste princípio substituindo-o pelo da doença como objecto e como objectivo do ponto de vista da prática terapêutica e da investigação sobre saúde *“a questão central subjacente ao olhar sociológico sobre a saúde é a do paradigma médico, de sucesso indiscutível no controlo da doença, mas, pela centralidade da focalização do corpo-objecto, profundamente deslocado da relação com o indivíduo como sujeito de sofrimento e agente reflexivo”* (Silva, 2011, p. 138).

Uma das possibilidades para prevenir a doença é a adopção de comportamentos de vida saudáveis, como ‘uma forma de fazer’ os quais se inserem em estilos de vida globais ou ‘formas de fazer’, que podem ser ilustradas pelas diferenças existentes de género na saúde, com os indicadores de mortalidade superiores nos homens, que também têm uma esperança de vida mais baixa, com a morbilidade mais elevada nas mulheres (segundo o ditado popular “os homens morrem, as mulheres adoecem”), segundo Silva (2003) citada por Silva et al. (2004) a interpretação desta situação remete para o *habitus* (posições e disposições) o qual diferencia os géneros como categorias sociais construídos em torno de papéis e atributos condicionados e condicionadores, que se reflectem em comportamentos de saúde e de doença.

O uso e/ou abandono da medicação tem sido pesquisado por vários investigadores. Sabemos que ao envelhecimento está associado um maior consumo de medicamentos (Collin, 2003; Costa, *et al.*, 2004). Todavia, sabemos também que o aumento do consumo coexiste com o aumento de abandono (Duarte, *et al.*, 2010; Marques, *et al.*, 2010; Silva, *et al.*, 2010). O cumprimento ou não dos tratamentos trata-se, segundo Griffith (1990) citado por Villaverde Cabral & Silva (2010), de um processo dinâmico que varia à medida que o paciente avalia e adapta o seu próprio comportamento, pelo que alguns cumprem em certas situações e noutras não, havendo também incentivos que têm influência positiva junto de certas pessoas não a tendo noutras. Massé (1995), citado por Silva (2006), sintetizou as atitudes face à doença referindo a racionalidade leiga como um sistema cultural, que ao contrário da racionalidade científica, integra valores e normas com experiências próprias ou alheias admitindo mesmo contradições. Para Villaverde Cabral & Silva (2010) *“esse cumprimento não deve ser apenas entendido como uma mera obediência da parte do paciente em relação às indicações médicas impositivas. Numa perspectiva de dominância da medicina, os doentes deveriam cumprir obrigatoriamente as indicações que lhe lhes fossem dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição”* (p. 1, 2). Estes autores referem que o nível de adesão à terapêutica depende de vários factores, os quais interagem entre si afectando assim o paciente e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações sobre o tratamento a efectuar. Agrupam esses factores em três grandes dimensões: a) *factores demográficos, sociais e económicos*; b) *factores relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito*; c) *factores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde* (p. 4 a 9).

Podemos desta forma ponderar que apesar da diversidade de variáveis existentes no binómio doença/terapêutica o comportamento de cada indivíduo relativamente às suas atitudes é consequência de

inúmeras condicionantes, sendo que, consoante os autores, elas podem depender de variados factores mais ou menos ligados ao próprio indivíduo e ao meio em que está ou esteve inserido.

5. Abordagem metodológica

Das pesquisas efectuadas, numa primeira fase, tendo em conta o tipo de amostra e com base no estudo que nos propomos efectuar delineámos realizar um estudo de caso exploratório, descritivo e longitudinal. Como estratégia de investigação utilizar a triangulação metodológica, a qual consiste na recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa e de diferentes tipos de amostra, a qual será não probabilística ou intencionada.

Neste estudo a amostra será seleccionada entre os habitantes de diferentes aldeias, vilas e cidades do Alto Alentejo, com idade igual e/ou superior a 65 anos, que apresentem prescrições médicas de terapêutica, que frequentem os serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e farmácias dessas localidades, sendo o acesso à amostra efectuado quer directamente pela investigadora, quer por entidades, previamente seleccionadas, contactadas e que demonstrem disponibilidade para colaboração neste estudo, nomeadamente serviços de saúde e farmácias, desta forma, pretendemos efectuar um retrato sociográfico dos consumos terapêuticos.

A recolha de dados será efectuada, inicialmente mediante inquéritos por questionário e inquéritos por entrevista. Na escolha destas técnicas tivemos em atenção a especificidade da amostra e o tema que nos propomos investigar. Como refere Carla Rodrigues, citando Jick (1979), em Lopes (2010), *“o recurso a diferentes métodos para recolha de informação permite captar um retrato mais completo e contextual do fenómeno em estudo, assim como descortinar algumas dimensões que poderiam ser negligenciadas através de um único método. Esta combinação permite, não só analisar o mesmo objecto através de várias perspectivas, como enriquecer o nosso entendimento, possibilitando a emergência de dimensões novas ou mais profundas”*. (p. 267).

Numa segunda fase será utilizada uma metodologia qualitativa, onde será seleccionada uma amostra de indivíduos que retratem a diversidade de perfis sociais, que ajudem à compreensão do fenómeno (nomeadamente por sexo, classe, idade, residência), onde serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas de forma a descodificar e a reconstituir as lógicas e racionalidades dos consumos e/ou a não aderência, identificados pelos questionários.

6. Objectivos

Elaborada esta breve revisão da literatura podemos concluir que os estudos apontam para a existência de abandono de medicação, sendo conhecidas algumas das causas subjacentes a esse abandono, nomeadamente, os efeitos secundários da medicação; esquecimento; custos; desconhecimento da necessidade de continuação do tratamento/não compreensão das prescrições; discordância do tratamento imposto e dúvidas sobre a sua eficácia; uso de tratamentos alternativos; polimedicação; falta de apoio familiar; factores culturais; crenças; valores e hábitos; factores físicos decorrentes da idade, entre outros. Justifica-se, ainda assim a realização de estudos que em profundidade permitam responder a duas questões que, para já, se nos afiguram fundamentais: (1) quais são os critérios subjacentes à decisão de abandono da medicação por parte dos indivíduos idosos?; (2) quais os contextos sócio-culturais de pertença e referência em que se situam esses processos de decisão e de que modo ajudam à sua compreensão?

Em face das questões de partida referidas no ponto anterior, sobre os padrões de abandono da medicação, propomo-nos desenvolver um estudo de cariz sociológico, com vista a alcançar o objectivo geral de “Explorar factores de abandono de medicação por parte da população idosa, e compreender o modo como esse abandono está interligado com os contextos sócio-culturais de pertença e referência dos indivíduos”. Especificamente, visamos alcançar os seguintes objectivos específicos: I identificar e caracterizar razões/motivações/determinantes para o abandono de medicação entre a população idosa (haverá outras que não as “óbvias”); II caracterizar a diversidade dos padrões de abandono (tipo de medicamento, contexto, motivações,...); III descrever e compreender a hierarquia de critérios que presidem ao abandono,

designadamente, quais as percepções de risco e de eficácia (quer dos medicamentos quer do seu abandono), quais as percepções sobre a doença, a natureza do problema e qual a tipologia e gravidade atribuída; IV identificar e compreender os principais factores de variabilidade do abandono (em função do género; classe social; idade; limitações associadas a(s) doença(s); rede social); V identificar e compreender eventuais “lógicas de substituição” (não toma medicação e substitui [automedicação] e outras).

7. Alguns resultados obtidos

Em Março de 2014 foram contactados pessoalmente pela investigadora, os responsáveis das 14 farmácias existentes em Évora com o objectivo de dar conhecimento deste estudo e pedir a sua colaboração para a aplicação do questionário previamente elaborado. Seis destas farmácias têm sucursais em algumas extensões rurais do distrito de Évora, o que dá um total de 21 postos de venda. Dos 14 contactos só um não mostrou disponibilidade para aplicar os questionários, pois não reunia as condições necessárias para aplicação dos questionários, tendo sido excluída do estudo, todos os outros mostraram interesse e vontade de participar, pelo que no total aderiram a este estudo 13 farmácias e sete extensões rurais. Foram entregues 350 questionários para aplicação durante um mês. Durante este período foram efectuados, pela autora do estudo, vários contactos telefónicos e pessoais para esclarecimento de dúvidas e verificação de possíveis erros de preenchimento. Por motivos diversos (doença, férias, falta de pessoal e/ou falta de tempo) o período para aplicação foi alargado para dois meses. Dos questionários já recolhidos (82), todos da cidade de Évora, verificou-se que:

Origem das receitas: médico família 63; médico particular 6; médico especialista 9; hospital da urgência 1; hospital médico especialista 3.

Na pergunta levou todos os medicamentos prescritos (com duas hipóteses “sim” ou “não”) 29 responderam que sim, 50 responderam que não.

Como razões para não comprarem todos os medicamentos a maioria alegou que ainda tinha em casa; quatro disseram que era muito caro; cinco não tinham dinheiro para todos; dois referiram que não faziam nada; dois porque já não tomavam; outros motivos: um estava esgotado, dois tinham código errado e um porque não tinha confiança no médico (receita passada na urgência do hospital). Do que se pôde observar desta pequena amostra o número de medicamentos receitados para cada utente varia entre um e vinte.

Nas várias visitas efectuadas às farmácias além do esclarecimento de dúvidas, recolha e verificação de alguns questionários, em conversa informal o que foi referido por todos farmacêuticos responsáveis foi uma grande diminuição na facturação a qual está ligada a uma diminuição de consumo. A maior parte não faz vendas a crédito e as que ainda o fazem é só a clientes conhecidos, pois referem que tinham grandes prejuízos por falta de pagamento, o que continua a acontecer.

Estes questionários são anónimos, como identificação só consta o sexo, idade e residência (cidade, vila ou aldeia), sendo que um dos objectivos para este anonimato era a obtenção de dados reais, nomeadamente em relação ao motivo da não aquisição de todos os medicamentos. O que se verificou como motivo mais prevalente foi o de “ainda ter em casa”, no entanto surgiu por parte de alguns farmacêuticos a dúvida se essa razão seria a verdadeira, dúvida essa que também ocorre à investigadora pois na observação diária e empírica o que é relatado na maior parte das vezes é que não têm dinheiro, razão pela qual nos leva a perguntar se não haverá “vergonha” de expressar as dificuldades económicas cada vez mais acentuadas.

8. Notas finais

O envelhecimento populacional é actualmente um fenómeno incontestável da sociedade ocidental, não constituindo Portugal excepção, pelo que a existência de um número cada vez maior de idosos pode e deve ser motivo de preocupação para todas as entidades responsáveis pelo seu bem-estar e qualidade de vida.

Os conceitos sobre saúde e doença têm vindo a ser alterados ao longo dos tempos, no entanto independentemente do conceito, da época e dos conhecimentos existentes sempre houve doença e saúde, as quais eram e são encaradas por todos e por cada um em particular de maneira diferente, sendo a sua

abordagem, compreensão e vivência experienciadas de modo específico e de acordo com toda uma vivência experimentada e/ou adquirida ao longo do seu percurso de vida, pelo que os comportamentos adoptados para a prevenção da doença e/ou manutenção da saúde podem ter vindo a sofrer alterações, mas têm tido como objectivo principal a ausência de doença e o bem-estar físico. Em Portugal, e sobretudo fora dos grandes centros, o ambiente social e cultural é pouco favorável à adopção de comportamentos individuais favoráveis à promoção da saúde, sobretudo pelas baixas condições sócio económicas, pelo baixo grau de literacia, pelo isolamento de muitas populações, pela grande percentagem de idosos, entre outros.

O SNS é caracterizado pela forte vertente médico-dependente, e mais centrada na cura, os cuidados de saúde primários que deveriam ser o pilar na prevenção da doença e promoção da saúde estão cada vez mais distantes deste seu objectivo primordial, sendo as previsões para o futuro muito preocupantes. Como agravante os consecutivos cortes na despesa pública, que, contrariamente ao que deveria acontecer, atinge e penaliza cada vez mais o sector da saúde, além dos cortes nos salários e pensões, o crescente aumento do número de desempregados, etc., etc., pode levar a um agravamento e/ou aumento nas taxas de morbilidade e mesmo nas de mortalidade, fazendo com que se perca todo o trabalho efectuado ao longo de vários anos, do qual resultou uma melhoria nos níveis de saúde, na diminuição das taxas de mortalidade, sobretudo na infantil, no aumento da esperança média de vida e que colocou Portugal, segundo o ranking da OMS, em 2001 no 12º melhor a nível mundial (Traça, 2008).

A falta de adesão à terapêutica tem efeitos desfavoráveis quer na qualidade dos cuidados médicos, quer no estado clínico do doente, sendo que os custos directos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo, os custos indirectos (diminuição de produtividade, reforma antecipada e morte) apresentam gravidade semelhante, pelo que o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde (Villaverde Cabral & Silva, 2010).

Com esta investigação esperamos contribuir para o conhecimento mais aprofundado desta temática ainda pouco explorada no campo da sociologia portuguesa e, adicionalmente, para um possível e desejável delineamento de políticas públicas que ajudem a uma intervenção mais eficaz nesta matéria.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2010). *Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança*. Acesso em 09/06/2013: http://www.ipv.pt/millennium25/25_27.htm
- Beyene, Y., Becker, G., & Mayen, N. (2002). *Perception of aging and sense of well-being among latino alderly*. *Jornal of Cross-Cultural Gerontology*, 17, 155-172.
- Carapinheiro, G. (1986). *A saúde no contexto da sociologia*. *Revista Sociologia Problemas e Práticas*, nº 1, 9-22.
- Collin, J. (2003). *Médicament et vieillesse. Trois cas de figure*. Acesso em 29/03/2013: <http://www.erudit.org/revue/as/2003/v27/n2/007449ar.pdf>
- Costa, L. M., Lindolpho, M. C., Sá, S. P. C., Erbas, D., Marques, D. L., Puppim, M., et al. (2004). *O idoso em terapêutica plurimedicamentosa*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.3, n. 3, 261-266.
- Duarte, M. T. C., Cyrino, A. P., Cerqueira, A. T. A. R., Nemes, M. I. B., & Iyda, M. (2010). *Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito*. Acesso em 02/03/2013: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500034&script=sci_arttext
- Fonseca, A. (2007). *Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações*. Paper apresentado no I Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida. Acesso em 14/03/2009: https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=IdKWU6GDJdDe8gels4DIAg&gws_rd=ssl#q=Envelhecimento+e+qualidade+de+vida+em+Portugal%3A+algumas+evid%C3%A2ncias+e+outras+tantas+inquieta%C3%A7%C3%B5es
- Guerra, M. (1961). *Medicina e sociedade*. Lisboa: Livraria Morais Editora.

- INE, I. P. (2012). *Censos 2011 - Resultados definitivos - Portugal*.
- Jones, C., & Rose, D. (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*. In D. J. R. C. Jessie Jones (Ed.), *Physical Activity Instruction of Older Adults* (pp. 4-53, 91, 212-227, 334-350). United States of America: Human Kinetics Publishers. Inc.
- Levy, B., Slade, M., & Kunkel, S. (2002). *Preventive health behaviors influence by self preceptions of aging*. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Lopes, N. M. O. (2010). *Medicamentos e pluralismo terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança*. Edições Afrontamento.
- Marques, E. I. W., Petuco, V. M., & Gonçalves, C. B. C. (2010). *Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo - RS*. Acesso em 02 /03/2013: www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/download/865/pdf
- Montagner, M. Â. (2006). *Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas*. *Ciências & Saúde Coletiva*, nº. 11 (2), p. 515-526. Acesso em 20/12/2013: www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30438.pdf
- Montagner, M. Â. (2008). *Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. *Cad. de Saúde Pública* 1588-1598.
- Silva, C. S. O., Pereira, M. I., Yoshitome, A. Y., Neto, J. F. R., & Barbosa, D. A. (2010). *Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. Acesso em 02/03/2013:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a22.pdf>
- Silva, L. F., Alves, F., Vaz, E., Vieira, C., Berg, A., Silva, T., et al. (2004). *Vivências de saúde e bem-estar*. Acesso em 09/06/2013, de Universidade do Minho: http://www.asp.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f845900c5_1.pdf
- Silva, L. F. (2011). *As agendas temáticas da sociologia da saúde em Portugal*. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, nº 3, p. 133-144. Acesso em 10/11/2012: <http://revista.aps.pt/?cad=REV4e65fc7f29f64&tipo=TAR4b223cfff053b&art=ART4e663562f0538>
- Silva, S. L. P. (2006). *Habitus sócio-ambiental: elementos de compreensão da representação ambiental*. *Revista Política e Trabalho, Revista de Ciências Sociais on line*, Edição 25 (3). Acesso em 10/11/2012: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6747>
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento* (3ª ed.): Artmed.
- Traça, A. (2008). *Serviço nacional de saúde - passado, presente e futuro*. Acesso em 09/06/2013: http://revistarubra/?page_id=770
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P. A. S. (2009). *O estado da saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Acesso em 04/05/2013, Apifarma: www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Paginas/adterapPT.aspx

ⁱ Este estudo exploratório insere-se no doutoramento em sociologia a decorrer na Universidade de Évora, intitulado “Factores de abandono da medicação em população idosa: estudo de caso na região do Alto Alentejo”, com orientação da Professora Doutora Noémia Lopes (Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e investigadora do CIES/ISCTE-IUL) e co-orientação da Professora Doutora Rosalina Pisco (Universidade de Évora).