



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

Maria Alexandra Castel-Branco Leiria Formigo

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

ORIENTADORES: *DOUTORA NOÉMIA GLÓRIA MENDES LOPES*
DOUTORA ROSALINA PISCO COSTA

ÉVORA, MAIO, 2018





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

Maria Alexandra Castel-Branco Leiria Formigo

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

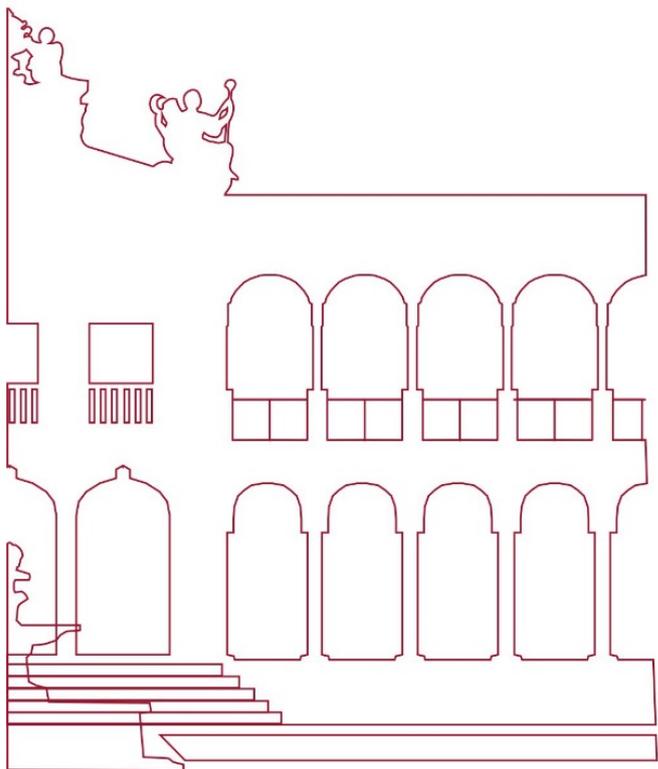
ORIENTADORES: *DOUTORA NOÉMIA GLÓRIA MENDES LOPES*
DOUTORA ROSALINA PISCO COSTA

ÉVORA, MAIO, 2018





UNIVERSIDADE DE ÉVORA



INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E

*Os anos passam, cada vez mais apressadamente
Já não consigo acompanhar, como antigamente, o ritmo quotidiano
Que é feito daquele(a) jovem desenvolvido(a) que ainda ontem tinha
uma vida pela frente
Que sonhava com um futuro digno dos mais nobres feitos
FOI ONTEM
Mas hoje, olho-me ao espelho e só vejo rugas e um olhar distante e baço
Rugas cada vez mais vincadas. Porquê?
Já sei, umas são devidas às agruras, desgostos e incompreensões da vida
Mas outras, derivam dos bons momentos da vida,
Dos risos sentidos em momentos felizes
Das alegrias vividas e partilhadas com os mais queridos
Mas no conjunto formam um emaranhado o qual não consigo desenredar
E penso: quais são as dos bons momentos?
E as dos menos bons, ou mesmo maus?
Não sei, nem me importa, são sinais de vida.
Será que valeu a pena?
Neste impasse fico a aguardar pacificamente,
Quem sabe o aparecimento de mais rugas
O que significa que ainda continuo vivo(a)
À espera de um fim mais ou menos longínquo
Mais ou menos vivido, mas ainda com esperança e força de viver
De usufruir de tudo o que a vida ainda tem para me dar
E sonhando, com um dia vivido de cada vez com Amor, Serenidade e
Compreensão
Já não sou o que fui, mas agora tenho ainda mais coisas para dar
Disponibilidade, saber e experiência de vida
É HOJE
SERÁ AMANHÃ
A autora*

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, à minha filha e ao meu neto, que nestes anos de elaboração e execução desta tese pouco disfrutaram da minha companhia e atenção. Sem a sua compreensão mais difícil teria sido este longo e árduo caminho. Espero agora compensá-los do tempo em que não estive presente, como gostaria, nas suas vidas, tentando recuperar esse tempo e aproveitar ao máximo a sua companhia.

Muito obrigado pelo vosso apoio e paciência.

AGRADECIMENTOS

A elaboração e execução desta tese só foi possível pelo muito esforço e trabalho realizados por muitas pessoas. É sempre difícil enumerar e agradecer a todos os que tornaram possível o término deste trabalho, havendo sempre a hipótese de, inconscientemente, não mencionar alguém, no entanto tentarei mencionar e agradecer a todos os que colaboraram direta ou indiretamente para que todo este trabalho fosse possível.

A ordem apresentada não significa a sua maior ou menor importância e valor, no entanto quero salientar três intervenientes que foram cruciais e que sem eles tudo isto não teria sido possível.

Em primeiro lugar o meu marido pela sua persistência, colaboração, abnegação, incentivo e apoio desde o início até ao fim. Seguidamente às minhas orientadoras Professora Doutora Noémia Lopes e Professora Doutora Rosalina Pisco, cada uma com as suas especificidades e saberes me apoiaram, guiaram e incentivaram, demonstrando sempre disponibilidade para tudo o que lhes era solicitado.

Um agradecimento também a todos aqueles que contribuíram com a sua disponibilidade e cooperação, como todos os utentes que se disponibilizaram e colaboraram com as suas respostas no preenchimento dos dois questionários, os farmacêuticos e técnicos de farmácia que aplicaram os questionários das farmácias, os responsáveis das Unidades de Saúde Familiar de Évora que me viabilizaram a utilização das suas instalações para a aplicação dos questionários, às minhas colegas que de forma mais ou menos direta tornaram possível a aplicação dos questionários nas respetivas unidades. Um agradecimento especial às colegas que trabalham comigo pelo apoio que me deram sempre que necessário, a quem me fez toda uma primeira parte de tratamento de dados, sem o qual este trabalho também não teria sido possível.

Um repetido agradecimento à minha filha e neto pela pouca atenção que lhes prestei, sobretudo ao neto que tantas vezes solicitava a presença da avó e esta nem sempre conseguia responder às suas solicitações, no entanto apesar da sua tenra idade conseguia perceber e aceitar o pouco que eu lhe podia oferecer.

Um agradecimento especial a alguém que apesar de doente se disponibilizou e colaborou neste trabalho através dos seus saberes e orientações. Alguém que partiu muito cedo e

antes do término deste trabalho, numa viagem para lugar desconhecido, mas que espero e desejo que corresponda a todas as suas aspirações. Um até qualquer dia.

Por fim, mas não menos importante, àqueles que não estando fisicamente presentes me “enviaram” força e determinação para que tudo isto fosse possível.

MUITO OBRIGADO A TODOS

RESUMO

Ao envelhecimento associa-se o aumento de patologias e maior consumo de medicamentos, o que pode ter como consequência o abandono total ou parcial da terapêutica. Este estudo pretende problematizar sociologicamente os fatores associados ao abandono, sua interligação a contextos socioculturais de pertença e referência dos indivíduos. O objetivo geral é explorar os fatores 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. Para a recolha de dados foram aplicados dois questionários, na região de Évora, a indivíduos com 65 e mais anos, um nas Unidades de Saúde Familiares (n=202) e outro nas farmácias (n=336), num total de 538 questionários/inquiridos. Apurou-se que havia abandono da medicação, maioritariamente, por crenças de saúde, falta de confiança nos medicamentos e/ou nos médicos, falta de informação, níveis de informação que são dados ao doente e profissionais de saúde e fatores sociodemográficos. Esta tese vai romper com um certo estereótipo que o abandono da medicação está ligado, maioritariamente, a questões económicas. Ao invés está relacionado com o género, com crenças ou com a literacia relacionada com a medicação.

Palavras chave: Envelhecimento; Abandono de medicação; Conceitos de saúde.

ABSTRACT

Abandonment factors of medication in the elderly population: a case study in the Alto Alentejo region

Aging is associated with increased pathologies and increased consumption of medications, which may result in complete or partial cessation of therapy. This study aims to sociologically problematize the factors associated with abandonment, its interconnection with the sociocultural contexts of belonging and reference of individuals. The general objective is to explore the factors of abandoned medication by the elderly population and to understand how this abandonment is intertwined with the socio-cultural contexts of belonging and reference of individuals. In order to collect data, two questionnaires were applied in the Évora region to individuals aged 65 and over, one in the Family Health Units (n = 202) and the other in the pharmacies (n = 336), in a total of 538 questionnaires / respondents. It was found that there was a drop in medication, mostly due to health beliefs, lack of confidence in medicines and/or doctors, lack of information, levels of information that are given to the patient and health professionals, and sociodemographic factors. This thesis will break with a certain stereotype that the abandonment of medication is linked, mostly, to economic issues. Instead it is related to gender, beliefs, or medication-related literacy.

Keywords: Aging; Abandonment of medication; Concepts of health.

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES AC - Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central

ARS – Administração Regional de Saúde

AT – Amostra total

GA – Grupo do abandono

GSA – Grupo sem abandono

INFARMED – Instituto da farmácia e do medicamento

IP – Instituição pública

ISCTE – IUL - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa –
Instituto Universitário de Lisboa

OMS / WHO– Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento

SIARS – Sistema de informação da Administração Regional de Saúde

SNC – Sistema nervoso central

SNS – Sistema Nacional de saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
ABREVIATURAS	viii
ÍNDICE GERAL.....	2
ÍNDICE DE QUADROS	4
ÍNDICE DE TABELAS	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
INTRODUÇÃO.....	8
PARTE I – ABANDONO DA MEDICAÇÃO EM POPULAÇÃO IDOSA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO	13
1 – ABORDAGEM DO ENVELHECIMENTO.....	14
1.1– ENVELHECIMENTO, SAÚDE E DEPENDÊNCIA	17
1.2 – O URBANO E O RURAL – DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS.....	32
1.3 – EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA	36
1.4 – CRENÇAS E CONCEÇÕES DE SAÚDE. LÓGICAS MÉDICAS E LÓGICAS LEIGAS	40
2 - RELAÇÃO COM OS MEDICAMENTOS.....	54
2.1 – CRENÇAS E CONCEÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO	59
2.2 – MEDICALIZAÇÃO VERSUS FARMACOLOGIZAÇÃO.....	62
2.3 – CONCEITOS DE ADESÃO/NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA	65
2.4 – DETERMINANTES DE ADESÃO/NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA..	68
2.5 – DOS SABERES LEIGOS À POLIMEDICAÇÃO	78
3 – MODELO DE ANÁLISE E HIPÓTESE CENTRAL DE INVESTIGAÇÃO	82
4 - METODOLOGIA DO ESTUDO	87
4.1 - AMOSTRA DO ESTUDO	89
4.2 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	90
4.3 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	97
4.4 - PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS	102
PARTE II - ABANDONO DE MEDICAÇÃO -	103
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	103
5 - CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA E PERFIL DE SAÚDE	104
5.1 - SITUAÇÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA.....	104
5.2 – PERFIL DE SAÚDE	112
6 – AUTO PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE GLOBAL; AUTOCUIDADO E CONCEITOS DE SAÚDE E RELAÇÃO COM OS FARMACÊUTICOS.....	118
6.1 - AUTO PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	119
6.2 - AUTOCUIDADO COM A SAÚDE	123
6.3 - CONCEÇÕES DE SAÚDE	131
6.4– RELAÇÃO COM OS FARMACÊUTICOS	138
7 – MEDICAÇÃO PRESCRITA, MEDICAÇÃO DE VENDA LIVRE E MEZINHAS CASEIRAS	144
7.1 - MEDICAÇÃO PRESCRITA.....	146

7.2 - MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE	152
7.3 - TRATAMENTOS CASEIROS - “MEZINHAS”	155
8 – ABANDONO DA MEDICAÇÃO	158
8.1 – FATORES DE ABANDONO.....	161
8.2 - MEDICAMENTOS ABANDONADOS.....	183
8.3 - ABANDONO PARCIAL.....	186
8.4 - ABANDONO TOTAL	187
<u>8.4.1 - Análise das diferenças entre o grupo de abandono e o grupo sem abandono.....</u>	<u>187</u>
8.4.1.1 - Características sociodemográficas e fatores de variabilidade do abandono.....	187
8.4.1.2 - Análise dos perfis e cuidados com a saúde	192
8.4.1.3 - Análise das perceções e conceitos de saúde	201
8.5 – SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DO GRUPO DE ABANDONO .	203
CONCLUSÃO.....	214
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	226

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Dados por sexo - Alentejo/Évora – 2001/2015	32
Quadro 2 – Dados por faixas etárias e sexo Alentejo/Évora 2001/2015	33
Quadro 3 – As cinco dimensões da aderência	73
Quadro 4 - Cruzamento sexo, idade, escolaridade e estado civil, por local de residência - USF	105
Quadro 5 - Sexo, idade e local de residência- Farmácias	105
Quadro 6 – Análise por sexo e local de residência	106
Quadro 7 – Comparação USF e farmácias por idade e local de residência	106
Quadro 8- Análise do local de residência e isenção de taxas moderadoras/comparticipação	111
Quadro 9 - Patologias mais frequentes	113
Quadro 10 -Correspondência entre patologias e os consumos terapêuticos	114
Quadro 11 - Cruzamento “Classificação do estado de saúde” e sexo, idade, local de residência e escolaridade (USF)	120
Quadro 12 – Análise da frequência com que consulta o médico - Local de residência (USF)	127
Quadro 13 – Perceções de saúde 1	132
Quadro 14 - Perceções de saúde 2	134
Quadro 15 –Cruzamentos entre pedido de informações aos farmacêuticos e local de residência (USF)	139
Quadro 16 – Cruzamentos entre pedido de medicamentos mais baratos, sexo e local de residência (F)	141
Quadro 17 - Medicamentos mais receitados - USF	147
Quadro 18 - Medicamentos mais receitados - Farmácias	147
Quadro 19 - Média do total de medicação por dia	149
Quadro 20 - Número total de comprimidos tomados por dia	149
Quadro 21 - Local de residência e da última vez que foi à farmácia, aviou todos os medicamentos (USF)	151
Quadro 22 - Da última vez que foi à farmácia, aviou todos os medicamentos, sexo e idade (USF)	151
Quadro 23 - Último avio na farmácia (USF/Farmácias	162

Quadro 24 - Análise dos motivos para não ter aviado na farmácia (USF/Farmácias)_____	162
Quadro 25 - Cruzamento "Diga se toma todos esses medicamentos (medicamentos prescritos) e sexo, idade, local de residência e escolaridade (USF)_____	164
Quadro 26 - Análise da interligação entre motivos de abandono e fatores sociográficos_____	169
Quadro 27 - Relação Médico/Paciente_____	177
Quadro 28– Análise dos medicamentos abandonados, parcialmente, por Grupo farmacológico e Indicação terapêutica_____	184
Quadro 29 – Análise do <u>número de medicamentos</u> abandonados_____	185
Quadro 30 – Análise das indicações terapêuticas dos medicamentos abandonados_____	185
Quadro 31– Diversidades entre GSA e GA –sexo; idade; escolaridade e local de residência_____	188
Quadro 32 – Diversidades entre GSA e GA – Dependentes, isenção de taxas e participação/ajuda na compra de medicamentos_____	190
Quadro 33– Estado de saúde - Diferenças GSA-GA_____	194
Quadro 34 – Diversidades entre GSA e GA – Cuidado com a saúde; dieta; consultas e exames médicos_____	195
Quadro 35 – Diversidades entre grupo sem abandono e grupo de abandono____	199
Quadro 36 - Médias do número de comprimidos e medicamentos tomados por dia e número total de medicamentos receitados - GSA E GA_____	199
Quadro 37 - Perceções de saúde 1 – Diferenças GSA - GA_____	201
Quadro 38 - Perceções de saúde 2 – Diferenças GSA - GA_____	202

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População Residente, por grupo etário – anos 2001 e 2012	23
Tabela 2 - Indicadores sociodemográficos gerais	24
Tabela 3 - Indicadores de utilização - anos 2012 a 2014	27
Tabela 4 - Utentes inscritos com e sem médico de família (ACES 2015)	28
Tabela 5 - Morbilidade	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Consumo de medicamentos por sexo e grupo etário – 2014	26
Gráfico II – Consumo de medicamentos por sexo e grupo etário - 2014	26
Gráfico III – Consumo de medicamentos prescritos 2005/2006 - 2014	27
Gráfico IV – Doenças crónicas 2005/2006 - 2014	31
Gráfico V – Doenças crónicas por sexo - 2014	31
Gráfico VI – Consumo de medicamentos não prescritos (venda livre)	65
Gráfico – VII - Como classifica o seu estado de saúde (comparativamente com pessoas da sua idade)	120
Gráfico VIII – Indique o cuidado que geralmente tem com a sua saúde	124
Gráfico IX – Indique se está a fazer alguma dieta ou regime alimentar específico	125
Gráfico X – Frequência de consultas médicas por sexo	128
Gráfico XI – Como teve conhecimento desses medicamentos	154

INTRODUÇÃO

Da observação direta proporcionada no quotidiano pela minha experiência profissional surgiu, ainda que empiricamente, a suspeição de que um número significativo de idosos abandonava total ou parcialmente a medicação prescrita.

Tornava-se, pois, necessário verificar se essa perceção profissional correspondia a uma realidade. Daí a realização deste estudo que se insere na área da Sociologia da Saúde e mais especificamente nos fatores de abandono da medicação pela população idosa.

O envelhecimento populacional é hoje um dado adquirido com o aumento da esperança média de vida. Com o incremento dessa longevidade surge um efeito perverso de desenvolvimento e/ou agravamento de patologias que implicam o aumento da medicação prescrita, necessária para atenuar a doença e a sua sintomatologia. Este incremento de prescrição de terapêutica tem sido alvo de vários estudos de reflexão em torno das vertentes resultantes do uso de terapêuticas que podem ter impacto mais ou menos negativo sobre a saúde e qualidade de vida dos doentes.

O desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de novos métodos de tratamento, de novos medicamentos e da deteção cada vez mais precoce de certas patologias, concomitantemente com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, levou ao aumento da prescrição terapêutica, sobretudo nas faixas etárias mais elevadas. A este aumento de prescrições pode estar associado o abandono da medicação que pode ter várias causas e inúmeras consequências.

Assim constituiu-se o abandono da medicação como objeto empírico de estudo. Não temos como objetivo o restringir da abordagem ao problema em si, mas antes reestruturar os processos sociais e perceber as práticas de saúde dos indivíduos associadas ao abandono. Estas práticas dependem de vários fatores de âmbito pessoal e social, como a idade, o local de residência, o nível de escolaridade, o género, as conceções sobre saúde e doença, assim como os cuidados que esta população tem, ou não, com a sua saúde, quer no âmbito de estilos de vida mais ou menos saudáveis, quer na utilização dos serviços de saúde e cumprimento, ou não, da medicação prescrita. Também as relações existentes com os diferentes profissionais dos serviços de saúde, mais

precisamente a relação com os farmacêuticos e médicos, são fatores que podem influenciar uma maior ou menor adesão à terapêutica prescrita.

É nestas vertentes que se pretende problematizar e analisar este fenómeno com o objetivo geral de investigar os fatores de abandono de medicação pela população idosa e compreender o modo como esse abandono se interliga com os contextos socioculturais de pertença e de referência dos indivíduos.

Desta forma delineou-se a hipótese central do trabalho na qual o género, grau de escolaridade, contexto de residência e idade, em paralelo com as conceções de saúde e os saberes e percursos de saúde, são fatores que influenciam o abandono da medicação.

As experiências vivenciadas por esta população, assim como as patologias e respetiva medicação a que estão sujeitas não determinam uma uniformidade de comportamentos face ao uso da terapêutica, os diferentes contextos sócios culturais em que os indivíduos estão inseridos, tal como as práticas passadas, pelos próprios ou pelos seus pares, podem ser determinantes para os diferentes comportamentos na gestão da medicação.

Com base nestes fundamentos efetuou-se uma investigação assente em duas amostras de indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos. Este universo, ao restringir a idade mínima a 65 anos, proporcionou uma amostra onde a maioria estava aposentada. Foram selecionadas duas amostras aleatórias uma entre os utentes que frequentavam as cinco Unidades de Saúde Familiar (USF) existentes em Évora e respetivas extensões rurais e outra entre indivíduos que frequentavam as farmácias de Évora e alguns dos postos de venda existentes em algumas aldeias e vilas do conselho de Évora.

A recolha de dados foi efetuada através de dois questionários, um aplicado pela investigadora aos utentes das USF (n=202), através do qual se pretendeu fazer uma caracterização sócio demográfica da população em estudo; as suas conceções/conceitos sobre saúde e doença; cuidados com a saúde; patologias existentes; medicação prescrita, tomada e abandonada e os motivos apresentados para a prática do abandono. Também se pretendeu fazer uma pesquisa sobre a relação existente com os profissionais das farmácias; do consumo quer de medicamentos de venda livre (não sujeitos a receita médica) quer da utilização de tratamentos caseiros (mezinhas). O outro questionário foi aplicado pelos

farmacêuticos aos clientes das farmácias (n=336). Neste pretendeu-se obter informação sobre quais os medicamentos receitados, quais os aviados e os não comprados e quais os motivos referidos para o não avio; qual a origem das receitas (médico de família, médico particular, especialista ou do hospital); tendo sido também pesquisada a relação com os farmacêuticos. Foi também efetuada a caracterização dos inquiridos (género, idade e local de residência).

Ambos os questionários analisam o abandono da medicação, sendo que no das farmácias esse abandono é investigado numa fase inicial (na compra ou não da medicação), enquanto que o das USF além de pesquisar, também, numa fase inicial, alarga essa pesquisa para uma fase subsequente, aprofundando mais a problemática do abandono da medicação. A utilização destes dois questionários permitiu alargar a amostra a investigar.

A explanação deste trabalho está organizada em vários capítulos distribuídos por duas partes que se reportam às duas fases de elaboração da investigação; a primeira de enquadramento e exploração teórica e metodológica; a segunda de exploração analítica do material empírico.

A primeira parte “Abandono da medicação em população idosa: Enquadramento teórico e metodológico” é constituída por quatro capítulos.

No primeiro aborda-se o envelhecimento de uma forma geral através de indicadores sociodemográficos gerais e da população em estudo. Nele teve-se como objetivos pesquisar e analisar os diferentes contextos inerentes ao envelhecimento, relação entre este e os contextos habitacionais, urbano e rural, assim como crenças e conceções sobre saúde e doença nas perspetivas dos doentes e dos profissionais de saúde, de que forma estes indicadores influenciam o abandono da medicação e como é que estas lógicas estão associadas ao abandono.

O segundo capítulo é referente à medicação, sendo que se teve como objetivo investigar quais as crenças e conceções sobre medicação e as relações existentes entre os idosos, a sua saúde e os medicamentos. Também se pretendeu pesquisar os conceitos de medicalização versus farmacologização e a prática de consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica, como complemento da medicação prescrita. Outro dos objetivos deste capítulo foi perscrutar quais os conceitos e determinantes de adesão/não adesão à terapêutica e a prevalência da

polimedicação.

Tendo por base estes objetivos, nomeadamente o relativo aos conceitos/concepções existentes, pretendeu-se investigar quais os processos de mudança cultural que deram início a toda uma reconfiguração entre as relações leigas e a medicação, com o conseqüente aprofundar analítico para o entendimento das lógicas e racionalidades inerentes ao abandono da medicação.

Num terceiro capítulo é descrito o modelo de análise utilizado e a hipótese central de investigação “Há fatores sociodemográficos que interferem no abandono da medicação, nomeadamente o género, idade, escolaridade e contexto de residência – rural e urbano. Por outro lado, a um nível mais estrutural, as concepções de saúde e os níveis de informação também se constituem como variáveis para o abandono”.

Para encerrar a primeira parte deste trabalho é apresentada a metodologia utilizada neste estudo, técnicas de recolha de informação, unidades sociais de observação e as respetivas considerações éticas.

A segunda parte “Abandono da medicação – apresentação e análise dos resultados” encontra-se dividida em quatro capítulos.

No capítulo inicial começa-se por caracterizar socio demograficamente a população estudada, sendo analisado o seu perfil de saúde, para que dessa forma se possa posteriormente correlacionar estes indicadores com a prática do abandono da medicação.

No segundo capítulo far-se-á a descrição e análise da auto percepção de saúde global e do autocuidado com a saúde de uma forma geral. Serão também explanados e analisados o cuidado com a saúde quer a nível de comportamentos saudáveis e da utilização dos serviços de saúde; as percepções de saúde e a relação existente com os profissionais de saúde, nomeadamente com os farmacêuticos. Pretende-se desta forma analisar as percepções e conceitos de saúde que os inquiridos apresentam, assim como os cuidados que referem ter com a sua saúde, para que posteriormente se possa analisar qual a preponderância que estas variáveis têm sobre o abandono.

No capítulo seguinte apresentam-se os medicamentos prescritos, sendo efetuada uma explanação de toda a medicação prescrita, assim como da utilização de medicamentos de venda livre e de tratamentos “mezinhas” caseiras, como coadjuvantes da medicação prescrita, sendo realizada uma análise dos resultados

obtidos. Nesta análise serão avaliados quer a indicação terapêutica da medicação prescrita, quer a sua quantidade, como indicador relevante na prática de abandono. A utilização conjunta de medicamentos de venda livre e/ou tratamentos caseiros dar-nos-á uma panorâmica do consumo destes tratamentos paralelos e eventual influência no abandono, ou não, da medicação prescrita, assim como as perceções que os inquiridos têm sobre a toma conjunta de todos estes medicamentos e eventuais efeitos secundários inerentes à combinação de toda esta medicação.

O último capítulo terá como finalidade apresentar e analisar os dados sobre o abandono da medicação, quer o total, quer o parcial e os motivos que levam à sua prática, fazendo-se também a comparação entre o grupo que não apresenta abandono e o grupo que apresenta abandono.

Por fim será apresentada a conclusão onde será efetuada a síntese das conclusões que esta incursão teórico-analítica permitiu sustentar.

Desta forma, e através de toda uma pesquisa efetuada e da compilação, análise e discussão dos dados obtidos e apresentados, obter-se-ão resultados que permitam demonstrar e explicar os motivos que levam à prática do abandono da medicação por parte da população idosa residente nesta fração do Alentejo.

**PARTE I – ABANDONO DA MEDICAÇÃO EM
POPULAÇÃO IDOSA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E
METODOLÓGICO**

1 – ABORDAGEM DO ENVELHECIMENTO

Estudar – sociologicamente – o abandono de medicação por parte da população idosa apresenta-se como uma análise pertinente, uma vez que o envelhecimento populacional se revela como um fenómeno incontestável na sociedade ocidental contemporânea, constituindo uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública (WHO, 2015 *in* Interministerial, 2017) não constituindo Portugal exceção.

Em Portugal a evolução demográfica, num passado recente, apresentou um aumento dos grupos etários mais elevados e uma redução dos grupos mais jovens, o que provocou amplas mudanças populacionais, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais.

Ser idoso, não é, como no passado, algo atípico, mas sim algo que tende a tornar-se cada vez mais vulgar, pelo que o aumento da população com mais de 65 anos se apresenta como uma característica importante do século XXI (Rosa, 1993).

São vários os autores que referenciam o envelhecimento, cada vez mais acentuado da população idosa como um problema, devido às consequências que daí advêm em vários sectores (económicos, sociais, de saúde). Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques (2013) referem-no como um dos principais problemas do século XXI pelo que as sociedades mais desenvolvidas se tornaram em sociedades envelhecidas. Os mesmos autores referem dados da EUROSTAT que mencionam que em 2050 três em cada dez pessoas terão 65 anos ou mais.

A este envelhecimento da população, que se traduz num aumento dos mais velhos, associa-se uma redução dos mais novos com a diminuição da taxa de natalidade. Segundo Fernandes (2001) esta “involução demográfica” enquadra-se na disposição da dinâmica dos países desenvolvidos, e, futuramente da população mundial. Este processo ao provocar uma alteração no equilíbrio dos grupos etários causa um desequilíbrio significativo entre as gerações contribuindo para o agravamento do desequilíbrio intergeracional.

Também Bandeira (1996) refere que apesar de não ser possível indicar o início da queda de mortalidade, há indícios de que esta se tenha iniciado antes do final do século XVIII, enquanto que a quebra na taxa de natalidade em Portugal só se iniciou em finais dos anos 20 (p. 35).

Este desequilíbrio além da componente económica que acarreta, com menos população ativa e contribuinte, tem como contrapartida um aumento da população não contributiva e mais dependente de recursos económicos, do aumento da dependência que essa população mais idosa tem relativamente às atividades da vida diária e eventualmente à necessidade de cuidados e de acompanhamento dos mais novos, a qual se torna cada vez mais insuficiente por falta de recursos humanos e de recursos económicos.

As pessoas idosas enquanto estereótipo socialmente elaborado e facilmente reconhecível, através de preconceitos muitas vezes existentes por parte dos mais novos como sendo um grupo etário muitas vezes considerado como um “peso”, percecionado como agente social afastado dos laços sociais intrínsecos à sua organização familiar e às relações usuais de amizade e vizinhança, responsável pelo aumento de despesas, de preocupações e condicionantes do estilo de vida dos mais novos, agrupam um grupo de indivíduos cujas características, relativamente similares, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, carências afetivas, pobreza e por vezes mesmo exclusão social (Fernandes, 2001; p. 40; Fonseca, 2007).

Também Lopes, Zózimo, Ramalho, Pegado & Pereira (2016) assim como Rosa (2012) referem a existência de uma visão negativista relacionada a esta fase da vida a qual é associada à morte e à última fase da vida, pelo que os indivíduos desistem dos projetos de futuro, em que os problemas existentes de deterioração física se vão sobrepôr a tudo o resto, razão pela qual o desalento, a frustração e a infelicidade são sentimentos que muitas vezes caracterizam esta fase e contribuem para intensificar a visão negativista da velhice, como o isolamento ou a solidão social.

Ainda neste âmbito o envelhecimento populacional tem impacto em todas as idades, atravessando diversos limites e temáticas da vida humana, cruzando-se com outras tendências globais tais como, a globalização e a evolução tecnológica que se por um lado facilitam as redes sociais, por outro proporcionam o aumento da exclusão e dos estereótipos em relação aos idosos, subvalorizando a capacidade e experiência em prejuízo dos de novos conhecimentos. O “idalismo” (discriminação em razão da idade) assenta em atitudes assentes na sociedade portuguesa, as quais são determinadas por

construções sociais que associam o envelhecimento a incapacidade e dependência (Interministerial, 2017; pp. 10-11).

O envelhecimento é erradamente encarado como um problema social, uma condição negativa e marginalizante. A generalização da ideia quase institucionalizada de que ao envelhecimento estão inelutavelmente associadas perdas de capacidades mentais ou funcionais, declínio e tristeza é um fator contributivo para que essa ideia preconcebida arraste de facto os idosos, ou os empurre, para uma situação de quase marginalização.

A essa ideia associam-se práticas discriminatórias face ao processo de envelhecimento e aos idosos, designadamente no que se refere ao emprego ou à ocupação do tempo com práticas laborais, a políticas institucionais injustas e a regras sociais desajustadas da realidade.

Ora são essas mesmas práticas discriminatórias, sociais ou institucionais, ou cumulativas que efetivamente conduzem, pela redução de oportunidades, pela inexistência de programas de aproveitamento das novas potencialidades criadas pela idade ou por simples incúria ou acomodamento institucional, à transformação de um processo natural – que é o envelhecimento – num problema social.

Para um envelhecimento ativo, que segundo a OMS “*é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (OMS, 2002), tem de haver a envolvimento de vários fatores, nomeadamente os pessoais, comportamentais, sociais e económicos, os quais interligados com o ambiente físico em que ocorrem e dependentes dos serviços de saúde e apoio social o irão tornar possível (Henriques, 2011).

Em 2014 o índice de envelhecimento da população¹ portuguesa em geral passou de 101,6 em 2001 para 143,9, sendo que no Alentejo este índice era o maior do país, com 183,6, ou seja por cada 100 jovens havia 183,6 idosos (Pordata, 2016). Também o índice de longevidade² passou de 43,4 em 2001 para 49 em 2015 em Portugal em geral, apresentando, mais uma vez, o Alentejo o índice mais

¹ O índice de envelhecimento da população é a relação entre a população jovem e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Pordata, 2015).

² O índice de longevidade é relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 e mais anos e o número de pessoas com 65 e mais anos, quanto mais elevado é este índice mais envelhecida é a população idosa (Pordata, 2015).

elevado tendo passado de 43,4 em 2001 para 54,6 em 2015 (Pordata, 2016). Estes indicadores dão-nos a perceção de que além de haver mais idosos, os idosos existentes são também cada vez mais de faixas etárias mais elevadas, o que conseqüentemente leva, entre outras situações, a um aumento de gastos de saúde, quer por parte dos indivíduos quer por parte do estado, daí a pertinência de estudar estas questões.

No entanto o envelhecimento demográfico é inevitável, sendo que as perspetivas futuras indicam que ele se acentuará nas faixas etárias mais elevadas, o que terá como uma das conseqüências o aumento das preocupações na área da saúde (Henriques, 2010).

Por tudo o que já foi referido, e por aquilo que irá ser referenciado, citando Joaquim Manuel Nazaré³ *“o Alentejo não é uma das regiões mais envelhecidas do mundo porque existem “velhos a mais”. O que existe são crianças a menos”*. Perante todo este cenário iremos seguidamente fazer uma análise mais detalhada sobre o envelhecimento, saúde, dependência e as diferenças que ocorrem entre o urbano e o rural.

1.1– ENVELHECIMENTO, SAÚDE E DEPENDÊNCIA

O conceito de idoso tem variado ao longo dos anos, sendo atualmente 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 o indicador mais usado. Nesta definição pode-se subdividir o idoso em jovem idoso de 65 a 74 anos, médio idoso de 75 a 84 anos, idoso de 85 a 99 anos e muito idoso a partir dos 100 anos. Segundo os mesmos autores existem outras formas, eventualmente mais corretas, 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.

³ Entrevista de Joaquim Manuel Nazareth, em 18/07/2011 ao Diário do Alentejo - Alentejo à margem da “grande cidade”- disponível em <http://da.ambaal.pt/noticias/?id=530>

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 exata, pois a redução a um número dará uma noção enganadoramente objetiva.

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. O contexto em que cada indivíduo está inserido, e segundo Nogueira (2002), condiciona a sua conduta, pelo que os indivíduos se comportam de acordo com a especificidade da sua inserção social e não de forma aleatória. Toda uma vivência, segundo este autor e a teoria do *habitus* de Bourdieu, pode ser condicionada e por sua vez condicionar a percepção que cada um (ou um grupo) tem, sobre o envelhecimento, pelo que conceitos de que o envelhecimento é um processo normal da vida, podem ser encarados quer de forma positiva, quer de forma negativa, influenciando assim todo um estilo de vida, quer dos mais novos, quer dos mais velhos sobre essa etapa da vida a nível social e psicológico.

Como refere Fonseca (2007), em Portugal colocar a questão de um envelhecimento bem ou malsucedido é definir os padrões de adaptação do idoso às suas atuais 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 a cada altura, e de critérios interno individuais, o sentir e a vontade subjetiva do idoso.

A bibliografia pesquisada refere que 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 (Fonseca, 2007).

Para Carneiro, Chau, Soares, Fialho & Sacadura (2012) os desafios do envelhecimento em Portugal são potencializados pelo conhecimento social que o idoso tem de que constitui um fardo para a sociedade. A glorificação da juventude e o desinteresse pela sabedoria e experiência dos idosos contribuem para que este seja um período que em vez de se usufruírem de todas as potencialidades que os mais velhos podem disponibilizar, estes são discriminados e marginalizados.

As influências negativas induzem-se também de forma exógena. As perspetivas 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) in Levy, Slade & Kundel (2002).

Em idosos latinos, Beyene, Becker & Mayen (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 atividades 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. A esta visão negativista pode corresponder uma potencial fratura geracional, uma ausência de interação com os idosos por um lado e um receio de envelhecer que pode levar a um afastamento, eventualmente convertível em distanciamento intergeracional aumentando o desconhecimento sobre o processo evolutivo da vida, sendo esse vazio de conhecimento preenchido por preconceitos que apenas contribuem para aumentar esse desconhecimento, gerando consequentemente incompreensão (Ory, Hoffman, Hawkin, Sanner & Mockenhaupt, 2003).

Dito de outra forma, e segundo Rosa (2012), o envelhecimento individual pode ser diferenciado de duas formas, o “*envelhecimento cronológico*” o qual resulta unicamente da idade, apresentando-se como um processo universal, progressivo e inevitável, e o “*envelhecimento biopsicológico*” como um reflexo do envelhecimento cronológico, sendo, no entanto, diferente, não sendo fixo em termos de idade uma vez que é vivido por cada indivíduo de forma diferente (pp.19-20). Resumindo “*embora a idade cronológica seja um atributo indiscutível, a velhice não o é. É um estado difuso, vivido, sentido e percebido de forma diversa, desde o seu enaltecimento até ao repúdio*” (Rosa, 2012; p. 22)

Atualmente com o aumento da cobertura médica, sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários, assim como os desenvolvimentos quer da medicina, quer dos

meios de diagnóstico e respetivos tratamentos e/ou prevenção revelam-se como um dos principais responsáveis pelo aumento da esperança de vida da população. Desta forma assiste-se a uma alteração demográfica à qual se associam mudanças sociais e familiares as quais revelam um posicionamento face à anciania diferente da assimilada anteriormente, ou seja a perceção que a pessoa tem sobre si como “idosa” é cada vez mais tardia sendo também uma etapa da vida mais satisfatória do que a vivenciada e expectável pelas gerações anteriores, não podendo no entanto negligenciar toda uma vivência e saber popular experienciada por cada individuo na sociedade em que está inserido (Hespanha,1987; Queirós, Sousa, Nunes, Serra & Barradas, 2014; Vaz et al., 2004).

Segundo Vaz et al. (2004) o significado que temos sobre a “velhice” tem várias configurações, de uma maneira geral as atribuições sociais relacionadas com os idosos são negativistas uma vez que são associadas ao crescimento demográfico e respetivas implicações nas despesas sociais. No entanto outra abordagem que confere atribuições positivas é a designação de “pessoa idosa”, a qual concede dignidade individual aos que pela sua idade estão afastados da produção económica clássica, procurando desta forma contrariar os estereótipos existentes sobre as pessoas com mais de 65 anos. Refere ainda que na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 2002, a aprovação da designação de “pessoa idosa” teve como intuito a revalorização da dignificação das pessoas mais velhas (p. 33).

Numa perspectiva de algumas sociedades, estas passaram a focalizar a sua atenção na atividade produtiva como forma de crescimento, pelo que as pessoas passaram a ser classificadas como “ativas”, as que têm atividade com valor no mercado e de “inativas” as que não têm atividade, sendo englobadas nesta categoria as que ao deixarem a vida ativa (neste caso os com mais de 65 anos), consideradas por isso como não sendo úteis. Neste caso Vaz et al. (2004) referem esta etapa como “tempo de descanso” o qual é encarado como desinvestimento e descrença, no qual as pessoas são confinadas a uma situação de “espera da morte” descurando-se todas as suas capacidades e potenciais ainda existentes e toda uma sabedoria e experiência adquiridas ao longo da vida.

Apesar das alterações que se têm vindo a verificar, quer na possibilidade de modificação da idade de reforma, cada vez mais tardia, quer na forma em como

os mais velhos são observados, esta etapa da vida ainda é vista como uma questão política e social com singularidades negativas, o que se apresenta como um problema sociológico que envolve a análise das representações sociais que apontam para determinadas práticas quer sociais, quer profissionais, a partir das quais surge a necessidade de analisar o processo através do qual se constitui e institucionaliza a categoria velhice. *“O problema sociológico é apreendido pela desmistificação dos obstáculos epistemológicos no processo da compreensão da velhice”* (Vaz et al., 2004; p. 35). As mesmas autoras questionam se a idade será um fator decisivo para o isolamento e exclusão social das pessoas, se a reforma será a incitadora da falta de sociabilidades familiares e sociais e se os idosos sentem estes como os seus problemas?

A definição, e como tal as representações que se têm, da “velhice” deverá ter por base a importância que a inter-relação que o indivíduo tem com os estilos de vida que o rodeiam e com os quais socializa.

Também Rosa (1993) coloca a questão do agravamento de situações de marginalidade social a que os idosos poderão estar sujeitos, uma vez que o envelhecimento demográfico terá efeitos negativos sobre o equilíbrio social, ou seja, entre uma etapa da vida reconhecida como ativa (antes dos 65 anos) e a fase considerada não ativa (mais de 65 anos/reforma) na qual são marginalizados, o que vai agravar o peso de toda essa geração baseado num critério contestável, porque discricionário que é a idade.

Esta questão, mencionada por vários autores, em que o envelhecimento é encarado de uma forma negativa e depreciativa, é abordada por Gil & Santos (2012) como um tempo em que é necessário efetuar uma rutura com as noções pré-concebidas e estereótipos sobre os séniores como um tempo de *“não trabalho e de improdutividade”* (p. 153). Pelo que a maneira de pensar esta fase se prende com imagens, perceções e procedimentos face ao processo de envelhecimento, isto é, *“o modo como o processo é vivido e enquadrado temporal e espacialmente”* (p. 153). Os mesmos autores citam Dionísio (2001) que diz que *“os comportamentos e práticas de velhice são resultantes de diferentes velhos que, foram, também e por sua vez, diferentes novos”* (p. 153), ou seja, a velhice longe de ser *“um processo biológico e natural, é o resultado de um percurso de vida, ou seja, de uma escolarização, de um trabalho, de um*

modo de vida familiar e social e da adoção, ou não, de comportamentos e estilos de vida saudáveis” (Gil & Santos, 2012; p. 153).

Também Carneiro et al. (2012) referem o processo de envelhecimento como heterogéneo e diferenciado uma vez que cada indivíduo vive em situações físicas, sociais e humanas diferentes, “*sendo portador de vivências e projetos de vida idiossincráticos*” (p. 18)

Perante a questão sobre a forma como imaginam a “velhice”, as respostas dividem-se, por um lado os que a concebem através de uma visão negativista associada à dependência consequência dos problemas de saúde que normalmente surgem com a idade. Por outro lado, existe a visão positivista na qual os indivíduos concebem “viver a velhice”, o que significa estar bem consigo próprio; acompanhar a evolução, descansar e passear; apoiar os filhos e ter apoio da família assim como ter lucidez. Quanto ao género normalmente as mulheres estão mais preocupadas com o apoio e atenção, que consideram necessário, a dar à família, enquanto que os homens se preocupam mais em estar lúcidos; passear e descansar (Vaz et al., 2004; p. 36).

Resumindo “*ser velho hoje é ser feliz no sentido do bem-estar, capacidade física, condições de convívio, direito a tomar decisões sobre as questões que lhe dizem respeito e direito a ser actor social, a tempo inteiro, da comunidade em que vive*” (Vaz et al., 2004; p. 37).

É incontestável que o envelhecimento das populações se processa a um ritmo acelerado e com tendência a acentuar-se, não só no topo, com o aumento dos mais velhos, mas também na base, com a diminuição dos mais novos, o que contribui para um agravamento do desequilíbrio intergeracional. Neste âmbito Rosa (2012) refere que por este motivo (diminuição da fecundidade e aumento da esperança de vida) houve uma alteração significativa, nos comportamentos demográficos que originaram uma mudança no perfil da sociedade, caracterizando-a atualmente como “*sociedade «4-2-1» (quatro avós, dois pais e um filho), em substituição da sociedade passada, apelidada de «1-2-4»*” (p. 32). Portugal apresenta-se como um dos países mais envelhecidos do espaço europeu (Rosa, 2012), em que o seu envelhecimento demográfico, atinge de forma transversal todas as regiões do país, no entanto se analisarmos a estrutura etária das regiões, verificamos que a evolução desse envelhecimento não é igual em todas as regiões. Relativamente ao Alentejo a baixa densidade populacional,

22,2 habitantes/km², deve-se à relação entre a grande dimensão da área geográfica e à pouca população existente, a qual tem vindo a diminuir, tendo havido uma perda de população entre 2001 e 2012 de 32,801 indivíduos, menos 6,14% (tabela 1). Para além desta diminuição na população residente os índices de envelhecimento e de dependência⁴ de idosos, de jovens e total refletem o envelhecimento populacional, com consequências sociais, económicas e efeitos na saúde que daí advêm (tabela 2).

TABELA 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GRUPO ETÁRIO – ANOS 2001 E 2012

Local de Residência	2001					2012					2001 - 2012 %
	0-14	15-24	25-64	65 + anos	Total	0-14	15-24	25-64	65 + anos	Total	
Continente	1.580.161	1.355.497	5.311.692	1.656.763	9.904.113	1.464.380	1.054.929	5.495.334	1.962.006	9.976.649	0,73%
ARS Alentejo	72.687	66.732	267.868	127.261	534.548	65.134	49.280	263.050	124.283	501.747	-6,14%
ACES Alentejo Central	24.228	21.901	87.837	39.434	173.400	21.394	16.192	86.398	39.996	163.980	-5,43%
Alandroal	815	750	3.127	1.839	6.531	620	539	2.813	1.715	5.687	-12,92%
Arraiolos	1.007	911	3.705	1.986	7.609	896	756	3.770	1.919	7.341	-3,52%
Borba	1.008	934	3.990	1.806	7.738	832	685	3.819	1.909	7.245	-6,37%
Estremoz	2.092	1.813	7.575	4.095	15.575	1.564	1.381	7.004	3.995	13.944	-10,47%
Évora	8.520	7.679	29.897	10.541	56.637	8.000	5.543	30.725	11.356	55.624	-1,79%
Montemor-o-Novo	2.339	2.239	9.128	4.839	18.545	1.980	1.555	8.706	4.832	17.073	-7,94%
Mora	626	716	2.654	1.726	5.722	498	404	2.403	1.485	4.790	-16,29%
Mourão	527	375	1.524	761	3.187	400	309	1.324	589	2.622	-17,73%
Portel	1.010	861	3.458	1.733	7.062	790	591	3.251	1.694	6.326	-10,42%
Redondo	1.000	967	3.499	1.828	7.294	923	733	3.575	1.691	6.922	-5,10%
Reguengos de Monsaraz	1.639	1.385	5.589	2.737	11.350	1.498	1.111	5.538	2.574	10.721	-5,54%
Vendas Novas	1.550	1.378	6.353	2.388	11.669	1.588	1.163	6.030	3.046	11.827	1,35%
Viana do Alentejo	829	722	2.662	1.426	5.639	780	602	2.904	1.337	5.623	-0,28%
Vila Viçosa	1.266	1.171	4.676	1.729	8.842	1.025	820	4.536	1.854	8.235	-6,86%

População residente, por grupo etário na área de intervenção do ACES
Fontes: INE, 2012 (ACES, 2015)

⁴ O conceito de índice de dependência tem três vertentes o de idosos, o de jovens e o total. O dos idosos é a relação entre a população idosa e a população ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, isto é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa. O índice de dependência de jovens é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, isto é o número de menores de 15 anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos jovens do que pessoas em idade ativa. O índice de dependência total é a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, isto é, o número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos jovens e idosos do que pessoas em idade ativa (Pordata 2016).

TABELA 2 - INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS GERAIS

INDICADORES	ANOS						Unidade Medida
	2012		2012		2012		
Designação	ACES AC	ARS Alentejo, IP	Continente				
Dados Demográficos							
Densidade Populacional	22,2	18,4	112,0				Nº/Km ²
Taxa bruta de Natalidade	7,8	7,8	8,5				‰
Taxa bruta de Mortalidade	13,3	14,9	10,3				‰
Índices							
Índice de envelhecimento	2001	2012	2001	2012	2001	2012	-
Índice de Dependência de Jovens	162,8	186,9	175,1	190,8	104,8	134,0	-
Índice de Dependência de idosos	22,1	20,9	21,7	20,9	23,7	22,4	-
	35,9	39,0	38,0	39,8	24,8	30,0	-
Nº de nados vivos							
	2007	2012	2007	2012	2007	2012	Nº
	1.356	1.289	3.999	3.937	96.925	85.306	

Indicadores socio demográficos gerais.
Fonte: ACES, 2015; Perfil local de saúde, 2014 e INE, 2012

Este desequilíbrio entre população jovem, população ativa e população idosa deve-se, entre outras causas, por um lado 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 por outro à quebra na taxa de natalidade, que poderá ser consequência do consecutivo aumento da taxa de desemprego, que segundo a Pordata (2015), a nível nacional, passou de 4 em 2001, para 12,7 em 2011 e para 13,9 em 2014. A estimativa provisória da taxa de desemprego para outubro de 2015 situava-se em 12,4%, mantendo-se inalterada face à estimativa definitiva obtida para setembro de 2015 (INE, 2016b), sendo que no município de Évora era em 2001 de 5,1 e em 2011 de 10,6. Segundo dados do INE verificou-se que no quarto trimestre de 2015, a taxa de desemprego foi superior à média nacional em várias regiões sendo no Alentejo de 13,3% (INE, 2016b). Estes indicadores podem ser o indício de uma maior dependência económica e/ou social, quer dos jovens, quer da população ativa (quando no desemprego, emprego temporário e com baixos salários) dos mais idosos.

Relativamente à taxa bruta de mortalidade⁵ passou, a nível nacional de 10,1/1000 em 2001 para 10,5/1000 em 2015 (Pordata, 2015), o Alentejo apresenta a maior taxa de todos os municípios sendo de 10,0/1000 em 1960 e de 13,5/1000 em 2014 (Pordata 2016), no entanto na região onde se realizou este estudo a taxa é ainda superior com um valor de 14,9/1000 (tabela 2).

Todos estes dados são representativos da especificidade desta região que

⁵ A taxa bruta de mortalidade refere-se ao número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período, habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 habitantes (Pordata 2016).

apresenta as maiores taxas de envelhecimento, de longevidade, de dependência de idosos e de mortalidade, sendo a maior parte deles conducentes a uma maior necessidade de cuidados de saúde, entre outras necessidades específicas para cada caso. Uma das consequências do aumento destes parâmetros e relativamente aos cuidados de saúde é o aumento de medicação necessária para prevenir e/ou tratar/minimizar as patologias que surgem com o passar dos anos.

Por tudo isto e também pelo aumento de medicamentos existentes no mercado, consequência dos avanços na investigação científica e na medicina, assim como a amplificação, melhoria e acessibilidade aos serviços de saúde, o número de receitas tem vindo a aumentar exponencialmente. As receitas passadas pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde a nível nacional passaram de 28.166 milhares em 1990 para 76.920 milhares em 2013, sendo que o número de embalagens de medicamentos prescritos também pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde passaram de 70.200 milhares em 1990 para 149.086 milhares em 2013 (Pordata, 2015), estes dados são a nível nacional, no entanto e apesar da ausência de dados mais específicos quer sobre a distribuição por municípios, quer sobre o consumo consoante as diferentes faixas etárias, estes valores dão-nos uma ideia do aumento exponencial que houve a nível de prescrição/consumo de medicamentos.

Apesar de não ser possível fazer comparação com anos anteriores, segundo dados recolhidos em 2014 pelo INE (2016a) estes referem que em entrevistas efetuadas na pergunta sobre medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista a nível nacional para uma população total do país de 8 884 581 foram prescritos 4 985 953 medicamentos. Relativamente ao Alentejo para o total da população (637 159) foram prescritos 358 378, contabilizando só a população com 65 e mais anos o número de medicamentos prescritos foi de 162 602. Observou-se que são as mulheres e as faixas etárias mais elevadas que apresentam maiores percentagens, conforme gráficos I e II.

GRÁFICO I – CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR SEXO E GRUPO ETÁRIO – 2014

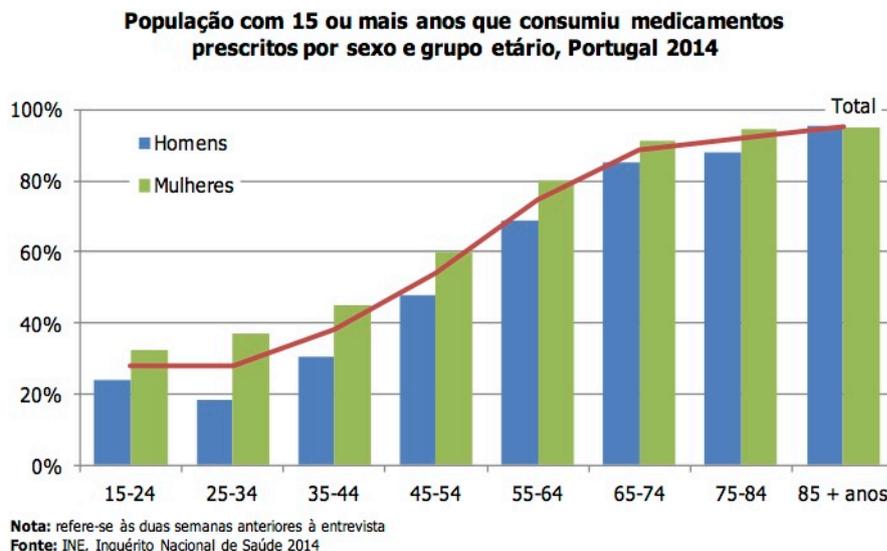
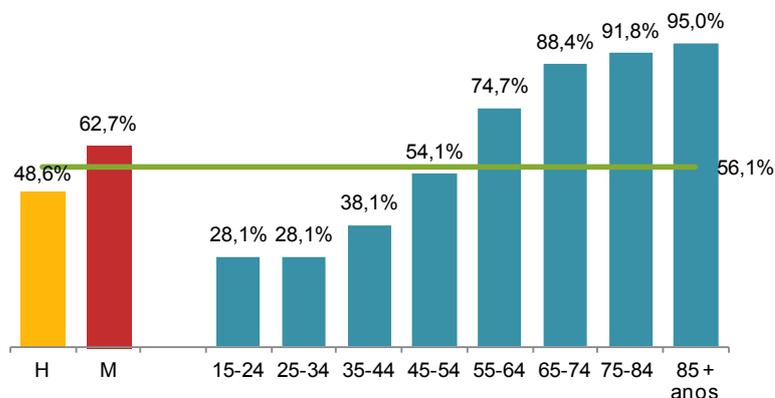


GRÁFICO II – CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR SEXO E GRUPO ETÁRIO - 2014

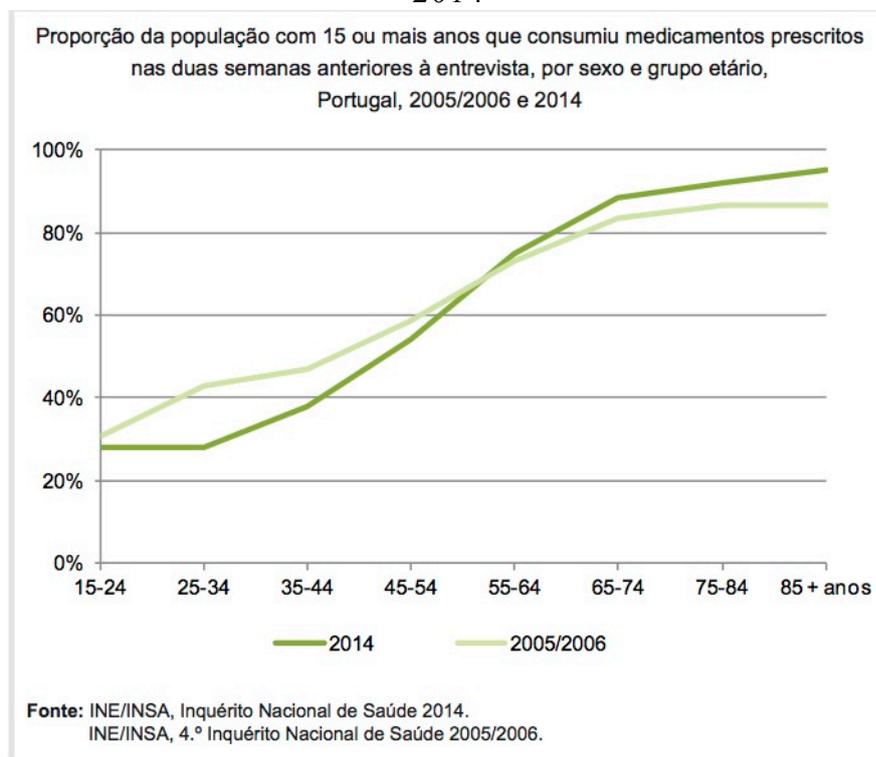
Proporção da população com 15 ou mais anos que consumiu medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014



Fonte INE, 2016a

Relativamente aos medicamentos prescritos observou-se uma diminuição do seu consumo, entre 2005/2006 e 2014, para as pessoas com menos de 55 anos e um aumento a partir dessa idade, conforme gráfico III (INE, 2016a).

GRÁFICO III – CONSUMO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS 2005/2006 - 2014



Outro aspeto de relevância é que contrariamente ao que se passa no resto do país, o Alentejo apresenta um aumento de utilização dos serviços de saúde, segundo a Pordata (2016) as consultas médicas por habitante a nível dos centros de saúde eram, em Portugal, em 1999 de 2,6, sendo de 2,5 em 2012. O Alentejo apresentava o maior rácio de todo o país, sendo em 1999 de 3,0 e em 2012 de 3,4. Também na tabela 3 se pode verificar o aumento quer do número médio de consultas por utilizador, quer da taxa de utilização.

TABELA 3 - INDICADORES DE UTILIZAÇÃO - ANOS 2012 A 2014

INDICADORES	ANOS			Unidade Medida
	2012	2013	2014	
Designação	ACES	ACES	ACES	
Dados de utilização do SNS				
Número de inscritos	176.937	168.075	168.557	Nº
Número de utilizadores	144.043	146.646	143.876	Nº
Taxa de utilização (SIARS)	71,36	87,26		%
Número médio de consultas por utilizador	3,27	3,3		Nº

Indicadores de utilização
Fonte: SIARS⁶, dados de janeiro 2015; ACES, 2015

⁶ SIARS – Sistema de informação da administração regional de saúde.

Relativamente aos utentes sem médico de família a nível nacional e segundo o Ministro da Saúde⁷, Adalberto Campos Fernandes (2016), “até ao final do ano, iremos passar de um valor de 1,2 milhões de portugueses sem médico de família para 600 mil”.

Numa visão mais restrita, no Alto Alentejo em 2014 havia 2 653 utentes sem médico de família, delimitando ainda mais estes valores a região de Évora, que apresenta o maior número de residentes da área de intervenção do ACES AC (Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Central), só oito (8) utentes não têm médico de família e por opção dos utentes (tabela 4).

TABELA 4 - UTENTES INSCRITOS COM E SEM MÉDICO DE FAMÍLIA (ACES 2015)

CENTRO DE SAÚDE	Nº utentes inscritos - dezembro de 2014			
	s/MF	s/MF por opção	c/MF	Total
Alandroal	695	0	4.822	5.517
Arraiolos	0	2	6.765	6.767
Borba	0	0	8.474	8.474
Estremoz	0	10	12.555	12.565
Évora	0	8	60.617	60.625
Montemor-o-Novo	0	5	17.000	17.005
Mora	0	7	5.200	5.207
Portel	0	9	6.145	6.154
Redondo	0	1	6.608	6.609
Reguengos de Monsaraz + Mourão	0	20	14.080	14.100
Vendas Novas	1.957	11	9.536	11.504
Viana do Alentejo	0	4	5.686	5.690
Vila Viçosa	0	0	8.286	8.286
Total	2.652	77	165.774	168.503

Utentes inscritos com e sem médico de família.
Fonte: SIARS, dados retirados em janeiro de 2015

Além de tudo o que já foi referido verifica-se uma dependência cada vez maior e até mais tarde, dos jovens relativamente aos pais, caso estes não estejam também desempregados, e/ou avós, em alguns casos são as reformas dos idosos, em muitos casos bastante reduzidas, que suportam todo o agregado familiar.

Também o aumento do custo de vida, de impostos, a diminuição nos salários e a precariedade de muitos dos empregos poderão ser também eles fatores agravantes e/ou desencadeantes de toda esta situação de dependência dos mais

⁷ Segundo o Portal da saúde em 07/07/2016, acessível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/07/07/medicos-para-600-mil-utentes/>

novos relativamente aos idosos e conseqüentemente do agravamento da sua situação económica, com tudo o que isso implica quer a nível social quer de cuidados básicos de saúde e respetivas terapêuticas.

Todas estas circunstâncias apontam para que seja a família o lugar fundamental das trocas intergeracionais. Alguns aspetos relativos à situação atual na nossa sociedade, e provavelmente noutras também, e como Fernandes (2001) refere, a solidariedade familiar é uma fonte inesgotável de entreajuda. O aumento do número de famílias trigeracionais, que pode levar à existência de mais avós que de netos, levando à existência de quatro gerações em simultâneo. Apesar disto é menos frequente a coabitação de pais idosos com filhos adultos, o que muitas vezes provoca a existência de um maior número de idosos a viverem sós.

Como já referido o aumento da esperança de vida tem como consequência, entre outras, o aumento de patologias, relativamente às patologias mais prevalentes no ACES AC em 2013 são as que se podem observar na tabela 5.

TABELA 5 - MORBILIDADE

Incidência de patologias nos inscritos (dezembro/2013)	ANO 2013		Unidade Medida
	ACES	ARS Alentejo, IP	
Resultados em Saúde			
Excesso de peso	3,5	3,2	%
Obesidade	5,8	5,5	%
Alteração no metabolismo dos lípidos	19,4	19,2	%
Hipertensão	26,2	25,3	%
Diabetes tipo 1	7.3	7.6	%
Diabetes tipo 2	0.8	0.9	%
Doença cardíaca isquémica	2,6	2,6	%
Abuso crónico de álcool	0,9	0,9	%
Abuso tabaco	7,4	7,0	%
Incidência de patologias nos inscritos (dezembro/2013)	ANO 2013		Uni. Medida
	ACES	ARS Alentejo, IP	
Resultados em Saúde			
Bronquite crónica	1,1	1,2	%
Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,1	1,1	%
Asma	2,1	2,0	%
Perturbações depressivas	8,5	9,0	%
Distúrbio ansioso / Estado ansiedade	6.3	6.7	%
Demência	0.8	0.8	%
Trombose / Acidente Vascular Cerebral	1,5	1,6	%
Neoplasia maligna do colon e reto	0,5	0,4	%
Neoplasia maligna do colo do útero	0,1	0,1	%
Neoplasia maligna da mama feminina *	1,3	1,2	%
Neoplasia maligna da próstata *	1,1	0,9	%

*Só contabilizada em denominador a população afetada

Resultados em saúde-morbilidade
 Fonte: ACES, 2015; Perfil Local de Saúde, 2014 e INE, 2012

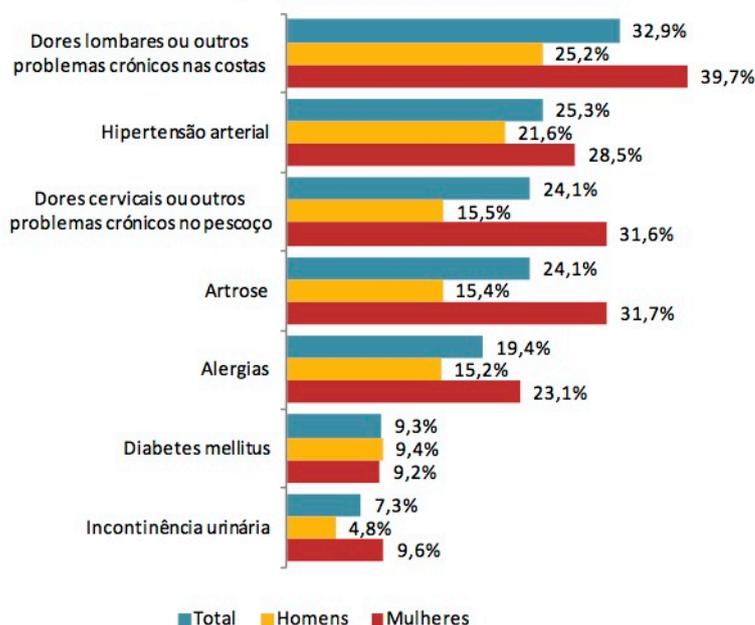
Se observarmos os dados do INE, entre 2005/2006 e 2014 houve um aumento na percentagem das doenças crónicas a nível nacional (gráfico IV), relativamente à sua distribuição por sexo, na sua maioria (exceto na diabetes) são mais prevalentes nas mulheres (gráfico V).

GRÁFICO IV – DOENÇAS CRÓNICAS 2005/2006 - 2014



GRÁFICO V – DOENÇAS CRÓNICAS POR SEXO - 2014

Proporção da população com 15 ou mais anos com determinadas doenças crónicas por sexo, Portugal, 2014



Fonte INE, 2016a

Como principais causas de morte, a nível nacional temos -1º doenças do aparelho circulatório, 30,7%; 2º tumores malignos, 24,8%; 3º outras causas por doença, 11,6%; 4º doenças do aparelho respiratório, 11,6% e 5º sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas, 9,5% (INE, 2012). Estes dados são

referentes à população em geral não tendo sido encontrados dados específicos relativamente às idades.

1.2 – O URBANO E O RURAL – DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS

Nas sociedades modernas as diferenças entre cidade e aldeia (urbano e rural) ainda são em alguns casos bastante acentuadas. As vivências, as interações quotidianas dos seus habitantes e conseqüentes redes de relações, as práticas culturais e as suas representações, assim como a distribuição de recursos socioeconómicos, podem ser bastante distintas nestes dois “mundos”.

Para Henriques (2010) em Portugal, as condições sociais e económicas, tais como o local de residência, propiciam hipóteses de subsistência diferentes para cada indivíduo.

Foram poucos os estudos encontrados sobre esta temática, sendo ainda mais reduzidos os que caracterizassem esta região, o Alentejo.

O Alentejo é uma região do centro-sul de Portugal, compreende integralmente os distritos de Portalegre, Évora e Beja, a metade sul do distrito de Setúbal e parte do distrito de Santarém, sendo assim a maior região de Portugal. Tem uma área de 31 551,2 km² (33% do continente) e 728.881 habitantes, sendo 351.045 homens e 377.836 mulheres (Pordata, 2016).

QUADRO 1 – DADOS POR SEXO - ALENTEJO/ÉVORA – 2001/2015

Local	Anos	H	M
Alentejo	2001	379.186	397.039
	2015	351.045	377.836
Évora	2001	27.030	29.522
	2015	25.362	28.601

Elaboração da autora - Fonte: Pordata 2016

QUADRO 2 – DADOS POR FAIXAS ETÁRIAS E SEXO ALENTEJO/ÉVORA 2001/2015

Local	Ano/Sexo	65-69	70-74	75-79	=>80
Alentejo	2001 - H	24.536	20.994	16.228	14.867
	2001 - M	28.144	25.143	20.535	24.069
	2015 - H	19.897	16.568	16.687	22.070
	2015 - M	22.962	21.932	23.063	36.151
Évora	2001 - H	1.416	1.222	978	845
	2001 - M	1.710	1.580	1.257	1.393
	2015 - H	1.422	1.079	960	1.367
	2015 - M	1.712	1.400	1.457	2.246

Elaboração da autora - Fonte: Pordata 2016

Como se pode observar nos quadros 1 e 2 o número de mulheres é superior aos dos homens, verificando-se também que a população residente diminuiu entre 2001 e 2015 tanto no Alentejo em geral, como em Évora. No entanto, e relativamente ao número de habitantes segundo as faixas etárias, verificou-se um aumento no número de idosos nas faixas etárias a partir dos 75 anos, sendo mais acentuada nos mais idosos (80 e mais anos) o que demonstra um aumento do índice de longevidade e consequentemente um eventual aumento dos níveis de dependência, de patologias e de consumo e/ou abandono de medicamentos.

Relativamente à densidade populacional a do país é de 115 hab/km², situando-se no Alentejo entre 15-20 hab/km². Outro dado demográfico significativo é a taxa de analfabetismo que apesar de ter diminuído entre 2001 e 2011, no Alentejo é a mais elevada do país, 9,6%, sendo mesmo superior à apresentada a nível nacional em 2001 que era de 9,0%. Esta taxa é mais elevada nas mulheres, cerca o dobro, que nos homens (INE, 2012).

Perante estes dados podemos verificar que o Alentejo é uma região muito peculiar em diferentes níveis, sobretudo a nível populacional, com características que o distinguem negativamente, na maior parte dos itens referenciados. Estas diferenças são mais acentuadas quando comparamos a parte urbana e a rural. O que se pode observar é uma maior desertificação das regiões rurais, onde a maior parte dos habitantes é de uma faixa etária mais elevada, havendo cada vez menos jovens a residir nas aldeias e onde a taxa de analfabetismo também é mais elevada.

Entre o rural e o urbano existem várias diferenças, dependendo da região em que se enquadram, segundo Carmo (2006) o rural “*é definido essencialmente a partir do nível de interdependência que se estabelece com os centros urbanos*” (p. 72),

refere ainda que o sistema urbano evolui no sentido de uma maior heterogeneidade, conseqüentemente, o mundo rural, o qual se define em função da relação que estabelece com o urbano, torna-se também mais diversificado (Carmo, 2006).

Para Tavares (2016) as desigualdades geográficas e territoriais resultam em desigualdades em saúde e não só as desigualdades relacionadas com as classes sociais, grupos étnicos, idade e género. Também a composição social dos habitantes de determinado local e fatores mais específicos relativos à área de residência, como poluição sonora e ambiental, qualidade da água e em muitos casos tipo de habitação, podem influenciar os estados de saúde/doença. Desta forma “*o conhecimento global da influência do território sobre a saúde das populações implica a consideração e análise do espaço e da especificidade das diferenças geográficas que se verificam em diferentes dimensões*” (p. 99). O mesmo autor refere que “*os estilos de vida relacionados com a saúde dependem simultaneamente das opções individuais e das condicionantes sociais, situam-se no cruzamento entre as práticas cada vez mais diversificadas dos indivíduos e as condições e contextos sociais em que essas práticas ocorrem*” (p. 114).

Num estudo efetuado numa aldeia situada numa área periurbana da cidade de Coimbra, por Hespanha (1987) esta refere que a população, sobretudo os mais idosos, preservava fortes referências de carácter simbólico com o passado rural e agrícola da aldeia. Os saberes populares aqui existentes, e relacionados com a medicina, eram uma mistura de sabedoria popular e da divulgação secundária do conhecimento médico, que foram adquirindo ao longo do tempo. Cita Boltanski que diz “*cada grupo social detém um sistema de comportamentos corporais que está ligado às condições objectivas de existência próprias desse grupo*” (Hespanha, 1987; p. 198).

Hespanha (1987) evidencia também a importância dada ao corpo nestes contextos rurais uma vez que ao dependerem totalmente da agricultura o corpo representa um instrumento de trabalho e como tal uma “ferramenta” essencial para a economia familiar, pelo que os comportamentos observados mostram uma resistência à dor física, grande importância dada à capacidade física em prejuízo da beleza e estética corporal e “*reprovação social da prostração perante as sensações mórbidas (“dar-se demasiado à doença”)*” (p. 199). A “desatenção” e os poucos conhecimentos demonstrados com o corpo levam a uma diminuição da

perceção dos sinais de doença, o que pode implicar a deteção tardia de certas patologias. Também nestas sociedades se pode observar uma certa “vergonha” de estar doente pois pode ser considerado um sinal de fraqueza e motivo de uma certa exclusão social.

Em oposição nos contextos urbanos, em que predomina um trabalho mais diferenciado, os indivíduos assumem relações diferentes com o corpo, sendo muito diferentes os cuidados e atenção que lhe são dados, nomeadamente a nível estético e de preocupação com sinais e/ou sintomas que possam surgir, o que também advém de estas comunidades (na maioria dos casos) terem mais acesso quer aos serviços médicos, quer níveis mais elevados de literacia.

Outro aspeto que se observa nos contextos rurais é de que a reforma praticamente não altera o modo de vida das pessoas, continuando por isso o seu trabalho no campo, muitas das vezes até idades bastante avançadas, trabalho esse que por pouco ativo que seja continua a contribuir quer para a sua estabilidade psicológica, quer para reforçar a autonomia económica quer dos próprios idosos quer, em muitos casos, dos filhos e/ou netos.

Numa pesquisa efetuada por Costa (1985) num bairro de Lisboa (Alfama), foi efetuado um levantamento do contexto sociocultural local, o que aparentemente não se enquadra neste estudo, mas que apresenta similaridades relativamente ao conceito de rural e urbano. Foram observadas formas de cultura popular, de estruturas de hierarquia e dominação, onde se manifestavam mecanismos de produção de identidade cultural, quer os que tinham origem no exterior, quer aqueles que estavam enraizados na rede social local, em modalidades múltiplas de articulação recíproca. Era um bairro com as suas particularidades, funcionando como um mundo à parte, com um carácter de fecho ao qual se sobrepunham a densidade, a intensidade e a repetição das interações diárias dos seus habitantes (pp. 737-738).

Maria Isaura Pereira de Queirós, citada por Costa (1985) afirma: “*o campo nunca pode ser compreendido por si mesmo, pois, se ele existe, é porque existe a cidade – e vice versa: a cidade pertence ao universo do campo, como o campo pertence ao universo da cidade (...) campo e cidade só podem ser compreendidos no interior da sua sociedade global*” (p. 754).

Um dos poucos estudos encontrados e relacionados com a diferenciação entre rural e urbano, (Carmo, 2007b) e sobre a sociedade rural alentejana, refere que

as relações de género se encontram relativamente bem definidas, a mulher confinada ao espaço doméstico e o homem com uma postura mais visível, no entanto e segundo Cutileiro (1977), *in Carmo (2007)* “o controlo social na aldeia costumava ser determinado pelas mulheres, mas eram elas o alvo primordial desse mesmo controlo” (p. 79). Com todas as mudanças ocorridas após o 25 Abril houve uma maior autonomização da mulher, nomeadamente com a sua entrada no mercado de trabalho e maior acesso à escolaridade, no entanto as práticas sociais nas aldeias não se diversificaram muito em relação à sociedade tradicional.

Outra das particularidades das sociedades rurais era a predominância da atividade agrícola, sendo que no Alentejo era, até 1974, uma forma de divisão social com uma divisão entre os grandes proprietários e os trabalhadores assalariados, era uma agricultura patronal ou latifundiária, muito diferente da existente no norte do país, em que predominava uma agricultura familiar

Para Carmo (2007a) a tradição não se desvanece totalmente das práticas e das representações sociais dos atores que vivem o quotidiano na aldeia, ou seja ela inscreve-se no tempo e no espaço

Évora é a área urbana mais populosa do Alentejo sendo o seu crescimento e ritmo de urbanização contínuo. Até à primeira metade do século XX verificou-se um crescimento populacional consentâneo com a média regional, a partir da década de 50, deu-se uma mudança na sua estrutura populacional iniciando-se um ciclo recessivo em oposição a outras zonas urbanas do país, sendo que Évora, e também Beja, consegue aumentar o seu número de habitantes. Em parte, este crescimento deve-se à relação do tipo centrípeto que estabelece com os espaços rurais, o que resultou numa maior concentração urbana à custa da deslocação da população das zonas rurais para a cidade (Carmo, 2006; p. 80).

1.3 – EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

Um dos primeiros sociólogos a interligar a sociologia e a saúde foi Bourdieu ao redescobrir e recolocar o corpo e a sua sociologia nas ciências sociais. Sobre esta temática Montagner (2008) disse que o papel do corpo na obra de Bourdieu assim como as suas implicações para a saúde têm um papel de destaque, uma vez

que uma sociologia do corpo consolidada parece ser um caminho de renovação de uma sociologia da saúde centrada no agente social.

A sociologia em Portugal teve uma origem e um desenvolvimento tardio, segundo Tavares (2016) relativamente a outros países europeus e aos Estados Unidos da América, na realidade ela surge quase um século depois tendo passado por várias etapas, no entanto a sua existência plena só se verificaria após o 25 de Abril de 1974.

Em Portugal, a sociologia da saúde teve início na segunda metade da década de oitenta. O domínio da saúde é de forte dominância médica pelo que a sociologia não está integrada no sistema a não ser, lateralmente, pela via académica, verificando-se uma ausência quase total de análise dos mecanismos escondidos das desigualdades sociais de saúde. Os fenómenos da saúde e da doença, como processos coletivos são constituintes da sociedade e da cultura e não seus meros reflexos (Silva, 2011). Também Tavares (2016) refere esta década como a altura em que se dão os primeiros passos nesta área de conhecimento.

No entanto tem-se registado um crescimento significativo nas últimas décadas, nesta vertente da sociologia, o qual está interligado com a evolução no campo da saúde que através do desenvolvimento de novos saberes e tecnologias reconfiguram os limiares da saúde e da doença dando assim lugar a novas perceções de bem-estar. A experiência individual e coletiva de saúde e doença é um processo complexo quer social, quer culturalmente, pelo que todo o quadro de mudanças desenvolvido e em constante desenvolvimento, vem realçar a importância do conhecimento sociológico *“quer na decifração e problematização dessa complexidade, quer na produção dos instrumentos de avaliação e diagnóstico sociológico, com vista a uma melhor eficácia social no campo da saúde”*, prefácio de Noémia Lopes (p. 5) in Tavares (2016).

No contexto da sociologia da saúde Tavares (2016) põe uma questão *“que relação existe entre as representações e as práticas relativas à saúde e à doença?”* (p. 41). Neste âmbito coloca-se a necessidade de se conhecerem as práticas e representações sociais da saúde e da doença, impondo como necessário a definição e clarificação destes dois conceitos, descrevendo as representações sociais como imagens do real *“construídas em função de sistemas de valor e de categorias de conhecimento produzidos num determinado contexto social”*, (citação de Moscovici, 1969 in Tavares, 2016; p. 41). Por outro lado, as

práticas sociais “*reportam-se a um conjunto de ações ou atividades protagonizadas pelos indivíduos e pelos grupos*” (p. 41). Apesar de serem conceitos distintos pois as representações situam-se na esfera do pensamento e as práticas na da ação, elas relacionam-se uma vez que “*as representações conferem sentido, organizam e induzem as práticas, ou seja, estabelecem modelos tendenciais de inscrição da ações, neste sentido, as práticas dependem das representações*” (citação de Herzlich, 1969; Vala, 1993 in Tavares, 2016; p. 41), no entanto isto não invalida que por vezes hajam discordâncias e contradições entre as representações expressas pelos atores sociais e as suas práticas.

Também segundo Carapinheiro (2011b) e do ponto de vista sociológico, têm ocorrido novas formas de abordagem relativamente ao binómio saúde e doença, das suas determinações e representações sociais, das relações existentes em diferentes espaços terapêuticos entre doentes e profissionais, das influências quer nacionais quer internacionais e da determinação de novas políticas de saúde, decorrentes do aparecimento e/ou ressurgimento de novos desafios à saúde pública, assim como de novas formas de desigualdade e distinção nas relações entre serviços de saúde e indivíduos. O aumento de doenças crónicas e degenerativas, que têm como consequência novas formas de incapacitação e estigmatização, acarretam novos dilemas e conseqüentemente diferentes implicações éticas. A tudo isto acresce o emergir de novos agentes, recursos e orientações políticas, novas formas de comunicação e de informação que fomentam mudanças significativas nas relações entre doentes e profissionais de saúde (pp. 58-59). Esta interligação poderá significar mais benefícios para a saúde e qualidade de vida dos mais idosos.

Ainda segundo Carapinheiro (2011b) a utilização de novas e mais sofisticadas tecnologias médicas, vieram atribuir uma maior legitimidade e conferir um simbolismo mais acentuado às representações sociais que concedem “*um carácter ‘sacralizado’ à intervenção da medicina, como ciência, profissão e instituição social*” (p. 60).

Jewson (1976), in Carapinheiro (2011b), questiona sobre o paradigma genético (o tentar explicar tudo acerca do homem, da sua saúde e comportamentos, como consequência do retrato do seu genoma) e se ele não poderá originar uma nova forma clínica de ver as pessoas, ancorando a medicina num funcionamento de

maior controlo, de gestão da população e de regularização perante um padrão genético. Toda esta visão nos leva, a uma consensualidade cada vez maior em volta da controvérsia dos binómios “responsabilidade/irresponsabilidade”, “saber/não saber”, “fazer ou não fazer exames e tratamentos”, o que quer dizer que se estão a formar novas dinâmicas de configuração de paridades, de novas relações e figurações com o mundo, em torno da genética (p. 66).

Para além deste paradigma genético é necessário informar e consciencializar as pessoas da sua “responsabilidade” no que respeita à sua saúde, uma vez que cada um pode e deve responsabilizar-se por ter e/ou adquirir estilos de vida saudáveis, numa perspetiva de prevenção da doença, e quando esta surge deve, nesse âmbito, ter as atitudes e comportamentos necessários para minimizar os riscos inerentes a cada caso, numa atitude de responsabilidade perante a sua situação e eventuais consequências negativas que possam ser evitadas e/ou minimizadas. Também os profissionais de saúde têm a responsabilidade de informar, orientar e ajudar de forma a minorar os efeitos negativos decorrentes de cada situação.

Outro aspeto relevante neste âmbito dos conceitos sobre saúde e doença é o referente aos saberes leigos de saúde, os primeiros trabalhos foram efetuados por Freidson (1970; 1984) tendo-se tornado obras de referência da sociologia da saúde. Foi neste campo de ação que surgiu a noção de *sistema referencial leigo*, constituindo-se uma nova categoria de análise. Esta formulação teve como pressuposto analítico e operativo demonstrar que “*a matriz de referência das concepções e percepções leigas de saúde é constituída pelas representações e experiências partilhadas nos contextos socioculturais das vivências quotidianas, e não propriamente nas experiências que decorrem do contacto com os profissionais*” (Lopes, 2007; p. 121). Este novo instrumento conceptual veio alterar as concepções preexistentes sobre o papel passivo do doente que circunscreviam as referências dos universos leigos à relação com os profissionais, à dependência dos técnicos e à dominância profissional. No entanto, e segundo Lopes (2007), esses conhecimentos leigos foram remetidos à categoria de crenças, sem que lhe fosse reconhecido o estatuto de saber, mantendo-se a diferenciação entre universos leigos e universos periciais. Esta visão conceptual ainda hoje se verifica pelo que “*os saberes leigos de saúde continuam a figurar como uma espécie de objectos culturais exóticos, que ora*

são apresentados como algo a preservar, ora são apresentados como expressão de idiosincrasias e irracionalidades que entram os desejados ganhos de saúde” (p. 122).

Com estes novos articulados conceituais dos saberes e das racionalidades leigas em saúde inicia-se um novo enquadramento no qual, se podem diferenciar duas correntes teóricas, com perspetivas diferentes. Uma corrente que acentua a dependência leiga face à pericialidade, dando conta de *“um progressivo esvaziamento da autonomia dos saberes leigos, conseqüente de uma crescente colonização dos quotidianos leigos pela hegemonia dos saberes periciais”* (Peterson, 1997; Santos, 2000 in Lopes, 2007; p. 123). Outra corrente que indicia uma autonomização crescente desses universos leigos, na qual a procura de soluções opcionais às soluções periciais, nomeadamente no campo da saúde é exposta como *“a evidência empírica de novas formas de autonomia (...) a dependência e autonomia deixaram de figurar como polos opostos, e se revelam como realidades (paradoxalmente) cada vez mais interdependentes”* (Lopes, 2007; pp. 123-124).

No entanto há que considerar que apesar dos avanços da medicina esta não tem uma capacidade ilimitada de prevenir e/ou tratar a doença, e que apesar de todos os esforços efetuados quer pelos indivíduos quer pelos profissionais de saúde a morte é inevitável, não devendo por isso, em certos casos, culpabilizar os indivíduos pelas suas patologias e eventuais conseqüências. Silva et al. (2004) mencionam que a base do comportamento “saudável” é muito diferente da lógica do conhecimento científico, pelo que *“podemos ter cuidados: evitar excessos, gorduras, álcool, fazer exercício (...) é necessário uma certa preocupação desde que não domine a vida das pessoas”* (p. 86).

1.4 – CRENÇAS E CONCEÇÕES DE SAÚDE. LÓGICAS MÉDICAS E LÓGICAS LEIGAS

A importância da relação do conhecimento sobre o que estabelece a diferença entre saúde e doença e a sua ligação com o corpo encerra fortes dimensões pessoais e subjetivas que dificilmente se podem desligar das aprendizagens

institucionalizadas sobre saúde, pelo que o conhecimento sobre saúde e doença não pode ser independente da experiência que cada indivíduo tem e da interligação que desenvolve com a informação médica disponível.

Todos estes conceitos, modos de encarar a vida, e maneira como é vivida nestas faixas etárias depende, em muitos dos casos, da diversidade e das formas de acesso, assim como da adaptação que cada um faz sobre a informação recebida, a qual pode ser selecionada entre aquilo que interessa ou não interessa. Desta forma “*podem surgir casos que partilham algumas características, as histórias individuais são compreendidas como configurações singulares, o que em saúde significa que cada doente é um doente e cada caso é um caso*” (Queirós et al., 2014; p. 88).

Os conceitos de saúde e doença têm sido ao longo dos tempos sujeitos a avaliações e mudanças constantes. Para Myers & Benson (1992) *in* Albuquerque & Oliveira (2010) duas conceções têm marcado o percurso da medicina, a “conceção 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 “conceção 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.

Com o passar de tempo, e conseqüentemente com toda a evolução que foi emergindo a vários níveis e sectores, estes conceitos foram sofrendo alterações. Assim na primeira revolução da saúde - século XIX, ocorreu o desenvolvimento da saúde pública. Esta primeira revolução da saúde foi um dos ramos do modelo biomédico que levou ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública (Bolander, 1998 *in* Albuquerque & Oliveira, 2010).

Na segunda revolução da saúde - iniciada na década de 70, foram difundidos, primeiro por Marc Lalond, depois por Julius Richmond e pela OMS, os conceitos que deram origem à declaração de Alma-Ata em 1978. Estes conceitos foram divulgados e implementados universalmente através do documento “*Metas da Saúde para Todos*”, com edição original em 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde em 1986. Destes conceitos salientam-se dois específicos,

centrais e inovadores “*promoção da saúde*” e “*estilo de vida*” (Albuquerque & Oliveira, 2010; p. 6).

Em Portugal já em 1961, Miller Guerra (médico neurologista e Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa) referia a saúde como um estado de bem-estar, de boa disposição, equilíbrio e energia, sendo valorizada positivamente, inserindo-nos na vida e ligando-nos a ela, sendo por isso desejada. Em contrapartida a doença era encarada como mal-estar, indisposição, desequilíbrio e falta de energia, pelo que se destacava negativamente. Segundo ele “a saúde é um bem, a doença é um mal” (Guerra, 1961; pp. 163-164). Descrevendo a subjetividade, simplicidade e facilidade da sua compreensão do conceito “saúde igual a bem-estar” (como refere a definição da OMS), dá-lhe o mérito de o seu ênfase se colocar no caráter positivo da saúde e não como ausência de doença, por outro lado refere-o como impreciso uma vez que por vezes certas patologias só dão sintomas em estados já avançados da doença, pelo que colocava a dúvida se o sentir-se bem era um sinal de saúde só pela percepção do indivíduo, excluindo o aspeto médico.

Também Tavares (2016) menciona que a ideia de que a saúde e doença estão ligadas unicamente à condição física do corpo e a fatores inerentes a cada indivíduo, está amplamente difundida quer entre uma parte considerável da população, quer entre as comunidades científicas e profissionais de saúde. No entanto, e segundo este autor, a esta conjetura está subjacente uma contradição substancial alocada à impossibilidade de se entender a saúde e a doença, ignorando os contextos sociais, as condições socioculturais e as práticas resultantes de todas essas determinantes específicas para cada indivíduo (p. 16).

Para Albuquerque & Oliveira (2010) “*saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança*” (p. 1). Como já referido por outros autores a saúde não é só ausência de doença, assim como a doença não é a ausência de saúde, como era encarado num passado ainda recente. Para estes autores a presença ou ausência de doença é um problema quer pessoal “*porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa*” quer social porque “*a doença de uma pessoa pode afectar outras pessoas significativas (família, amigos, colegas)*” (p. 1).

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, *in* Silva et al., 2004).

Atualmente e segundo o PNUD (2014):

“as iniciativas de combate à pobreza e desenvolvimento humano mais bem-sucedidas até à data seguiram uma abordagem multidimensional, conjugando o apoio ao rendimento e a criação de emprego com o alargamento da oferta de cuidados de saúde e educação e outras intervenções de desenvolvimento comunitário. A elevação dos níveis de rendimento não é, por si só, suficiente para reduzir a vulnerabilidade ao conflito e insegurança pessoal. A vulnerabilidade persistente, que em geral só é mitigável num horizonte temporal mais dilatado, requer múltiplas políticas de intervenção e alterações normativas que reforcem a tolerância e aprofundem a coesão social” (pp. 4-5).

A saúde torna-se assim numa atividade cívica que abrange toda a população e envolve todos os comportamentos, o “dever de saúde” já era referido em 1970, por Herzlich, *in* 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 como alimentação, exercício físico, consumo de tabaco e álcool, entre outros, 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, pode pôr em causa a capacidade de muitas pessoas de adotarem esses comportamentos sendo muitas das vezes limitada pelo ambiente cultural, social e económico, pouco mais conseguindo que “culpabilizar as vítimas” (Silva et al., 2004).

Uma das características da sociedade moderna é a crescente centralização na saúde, a qual é patente quer nos discursos públicos e políticos, quer no plano da vida quotidiana, tornando-se a principal dimensão para definir e alcançar o bem-estar, pretendendo incorporar a saúde física, psicológica e emocional, responsabilizando os indivíduos pela adoção de estilos de vida saudáveis, dos quais dependerá a manutenção da saúde e a prevenção da doença. Desta forma a medicina assumiu um papel essencial na regularização da vida social, agindo como agência de controle e vigilância para o desenvolver de uma vida saudável, o que exige de cada um sacrifício, autocontrolo e força de vontade. Assim sendo é atribuída aos indivíduos a responsabilidade pela sua saúde e a sua culpabilização (Pegado, 2010).

Crawford (2002) *in* Pegado (Lopes, 2010) refere que “a doença é (...) concebida como uma penalização, o resultado da fraqueza e do fracasso moral individual (...) não só se tem as doenças que se merece, como se tem as doenças que se quer” (p. 227).

Para Herzlich & Pieerret (1984), *in* 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 os quais determinam socialmente as doenças, os doentes e as conceções que eles e os outros interiorizam sobre a “condição de doente”, tornando-se a doença uma “realidade construída” e o doente “um personagem social” (p.10). Segundo esta autora:

«trata-se da construção social da doença» e a importância desta categoria resulta da conjugação de duas possibilidades analíticas que lhe estão associadas. Por um lado permite traçar o quadro da realidade social das doenças que tipificam cada sociedade em dado momento: a sua distribuição social: o traçado histórico das doenças que precedem a situação actual: as mudanças produzidas no seu estatuto qualitativo: a mudança dos sistemas de valorização social das doenças: a diversidade dos seus usos sociais. Por outro lado permite determinar os elementos de estruturação da

identidade social do doente (construção social do estatuto do doente): relação social do doente com a doença (percepção, representação e experiências subjectivas e objectivas da doença); níveis de descoincidência entre a «doença do doente» e a «doença do médico»: possibilidades de afirmação da perspectiva do doente (conjunto de ideias tecidas sobre a condição de doente, autónomas relativamente ao pensamento médico) (...) jogando finalmente no campo das conceptualizações de saúde/doença (...) para dar lugar à diversidade dos sistemas de conceitos destes fenómenos, atravessados pelos universos práticos e simbólicos das classes sociais (...) por outro lado não será que a análise dos conceitos de saúde/doença implica resgatar a relação indivíduo sociedade ao silêncio a que foi votada nas lógicas dominantes, na sequência da metáfora «saúde, silêncio dos órgãos»? (pp. 10-11)

Para René Dubos, *in* 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 sendo a mais conhecida, e reconhecida a da OMS na qual a “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença*”.

Também 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 objeto indissociável do ser humano tem, na teoria do *habitus*, de Bourdieu, uma centralidade e um lugar privilegiado do sujeito social apresentando-se como fundamento último da unidade do ser. Para Bourdieu, *in* Montagner:

“o corpo é tomado primeiramente como um facto concreto, uma substância que compõe um contorno delimitado num espaço físico de uma forma perceptível. Essa forma compõe o corpo real, o “físico”, ao mesmo tempo percepção estática como uma foto ou uma pintura, e também uma percepção dinâmica, que mostra as maneiras de se comportar, de se portar, locomover, enfim todas as manifestações de uma pessoa (...) estamos situados e definimo-nos como pessoas por meio da nossa relação com o corpo. Assim ele é um reflexo da incorporação da estrutura social e também um vector de reprodução e perpetuação da dominação”
(Montagner, 2008; pp. 1590-1591).

Numa perspetiva 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 coletivas 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).

Neste contexto Tavares (2016) apresenta o conceito de *embodiment* (em português traduzido por “encorporação”) o qual presume a percepção do mundo como “encorporado”, tendo como base a experiência quotidiana da vivência de ser e de ter um corpo, incluindo conjuntamente os membros, os órgãos, o conhecimento e a experiência social, ou seja, a pessoa congregada no contexto sociocultural (p. 18). Pelo que *“a saúde e a doença englobam simultaneamente as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, envolvem agentes e processos biológicos mas estes são inseparáveis dos contextos sociais”* (p. 19).

Para o mesmo autor são também relevantes as representações sociais, já anteriormente descritas, pois ao serem bastante abrangentes englobam simultaneamente “*percepções, opiniões, valores, imagens, visões do mundo, ideologias, crenças, mitos, utopias. Deste modo, as representações englobam as percepções que as pessoas têm da realidade*” (p. 43).

Silva et al. (2004), referem Massé (1995) que sintetizou as atitudes face à doença:

“a racionalidade leiga é um sistema cultural que, diferentemente da racionalidade científica, integra valores e normas com experiências prévias, próprias ou alheias e até admite contradições. Com efeito, a contradição que, de facto existe, se apenas tivermos em conta o discurso dominante (oficial) sobre o ‘saudável’, desaparece como tal se entrarmos também em linha de conta com as outras formas de conhecimento, nomeadamente, o gosto e a gestão dos recursos do quotidiano, sejam eles tempo, dinheiro ou ocupações” (p. 86).

Além do que já foi descrito é de salientar, tendo em conta a amostra deste estudo, que as doenças crónicas, na maioria dos casos, decorrem quer do envelhecimento populacional, quer do desenvolvimento técnico e científico na área biomédica, as quais devido à sua duração prolongada e características inerentes a cada uma delas e ao próprio indivíduo, podem condicionar todo um estilo de vida previamente existente, implicando, segundo Pegado (*in* Lopes, 2010), uma gestão que não se esgota na pericialidade médica, exigindo dos próprios doentes o seu envolvimento, abrindo espaço para a autonomia leiga, mesmo que esta seja construída a partir da delegação dos saberes médicos.

As experiências pessoais de doença são de grande importância na sociologia da saúde e na medicina, o conhecimento sobre a saúde dos indivíduos no seu quotidiano é de extremo interesse uma vez que as narrativas obtidas sobre essas experiências dão-nos uma imensidade de informações de grande riqueza e densidade acerca do conhecimento leigo sobre saúde, no que concerne a configurações como as redes sociais em que os indivíduos estão inseridos e a relação com o domínio da saúde (patologias, hierarquização e credibilidade das

fontes de informação). Numa ligação estreita com o corpo, o saber sobre o que é saúde e doença tem grandes valores pessoais e subjetivos, que dificilmente podem ser separados das aprendizagens oficializadas sobre a saúde. Este conhecimento sobre saúde e doença (saber popular) é indissociável das experiências que cada indivíduo tem e de como essa complexidade afeta as suas relações estabelecidas com a informação médica disponível (Queirós et al., 2014).

A vivência, representações e experiência das doenças crónicas é muito variável, devido a vários fatores, como a sua diversidade própria do seu universo, que é composto por uma grande variedade de patologias, as quais devido às suas características e/ou gravidade, podem ser mais ou menos fatais, estáveis e com diversas implicações na vida de cada um, quer a nível profissional, quer familiar ou social, podendo mesmo em alguns casos (sida, cegueira e outras) dar origem a diferentes tipos de estigma (Tavares, 2016). Estes estigmas, mais ou menos evidenciados podem alterar e/ou condicionar as representações que o indivíduo e/ou a sociedade em que está inserido têm relativamente a conceitos e representações preexistentes.

Também nestes casos a gestão da doença é da responsabilidade dos doentes numa perspetiva de prevenção da doença e na prevenção das suas consequências atenuando os seus efeitos, numa lógica para a qual se interligam os saberes periciais e os saberes leigos. Para Pegado (*in* Lopes, 2010) “*a doença crónica constitui assim um factor decisivo, que molda as orientações de saúde e o tipo de investimento que os indivíduos fazem relativamente à sua saúde (ou à sua doença)*” (p. 228).

As doenças crónicas apesar de serem muito distintas e terem consequências mais ou menos restritivas na vida diária dos indivíduos, envolvendo uma gestão que não se esgota na pericialidade médica, exigem dessa forma, o envolvimento dos doentes, dando lugar à autonomia leiga, mesmo que esta seja concebida a partir da transmissão dos saberes médicos. Neste contexto aos doentes crónicos (e não só) é-lhes “exigida” uma autorresponsabilização pela prevenção dos riscos associados à(s) sua(s) patologia(s). A prevenção, dita de outra forma, pode ser encarada não como uma prevenção da doença, mas como a prevenção das suas consequências mais nocivas reduzindo os seus efeitos, numa consonância na

qual se interrelacionam os saberes leigos e os periciais (Pegado, *in* Lopes, 2010; pp. 227-228).

Neste âmbito a promoção da saúde é um conceito multidisciplinar cada vez mais utilizado, o qual tem sido alvo de várias definições das quais se salientam algumas citadas por Albuquerque & Oliveira (2010), como a da carta de Ottawa em 1986, em que o enfoque é o processo de capacitação das pessoas para assim desenvolverem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorarem. Para Green e Raeburn (1990), citados pelos autores suprarreferidos, o principal é “capacitar”, tradução livre da expressão inglesa “*to enable*” no sentido de “*fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para*” (p. 6).

Neste processo de capacitação devem estar envolvidos vários meios de informação, assim como vários profissionais. A expansão e desenvolvimento cada vez maior dos meios de comunicação social (televisão, jornais, revistas, rádio) é uma das formas de informar/esclarecer sobre os cuidados a ter, sobretudo na prevenção da doença. Um contacto mais abrangente dos diversos profissionais de saúde, assim como uma maior atenção e disponibilidade prestada por estes aos utentes, pode prevenir e/ou minimizar doenças e/ou agravamentos que além de incapacitantes, dispendiosos (para o próprio doente e família, assim como para o estado) podem mesmo ser fatais. Também a existência de uma maior ligação e confiança entre utentes e profissionais de saúde pode ter como consequência uma melhor aceitação das orientações prestadas, assim como uma maior procura dos serviços de saúde quando tal se justifique. Outro meio de informação cada vez mais utilizado é a internet, a qual poderá também ser prestadora de valiosa ajuda. No entanto na faixa etária e nas localidades onde este estudo foi realizado a sua utilização não é significativa.

Para Tavares (2016) os fenómenos sociais ligados à saúde e à doença são o resultado de construções sociais, sendo que “*a «realidade» em geral e a saúde/doença em particular são construções sociais na medida em que são produzidas, reproduzidas e transformadas quotidianamente pela ação dos indivíduos, pelas suas vivências em sociedade ao longo do tempo*” (p. 38). Refere ainda que essas construções se efetuam “*através de **relações sociais** que decorrem em determinados contextos, sob a influência de interações, medidas por **normas** e **papéis** sociais, enquadrados pela organização social assente em*

sistemas sociais” (bold do autor, p. 38). Desta forma o “*processo de socialização não se resume, contudo, à transmissão e à reprodução de valores sociais, pois é um processo interativo que decorre entre «socializados» e «socializadores» e, portanto, traduz-se numa experiência social assente em processos bilaterais e não unilaterais*” (bold do autor, p. 39).

Desta forma cada indivíduo faz a gestão das suas opções tendo em conta certos condicionalismos sociais, não se limitando a aceitar passivamente o que lhes é transmitido através das instâncias de socialização. Segundo João Ferreira de Almeida (1994), in Tavares (2016), “*os indivíduos são «simultaneamente livres e condicionados» pois «produzem realidade e são produzidos por ela» (...) por um lado, as estruturas sociais regulam as ações dos indivíduos; por outro, elas próprias (estruturas) são produto da ação humana*” (p. 39).

Por isso, e ainda segundo Tavares (2016), a construção social da realidade, a saúde e a doença não são realidades sólidas, são assim categorias variáveis no tempo e no espaço que se vão modificando consoante as alterações nas maneiras de pensar e de agir sob a influência da ação dos diferentes atores sociais. Sendo que a saúde e a doença envolvem uma diversidade de elementos, que só são suscetíveis de ser compreendidos nas suas diferentes vertentes, de maneira multicausal, em toda a sua complexidade e não só através de uma das suas dimensões.

No campo das representações sociais de saúde e doença Albuquerque & Oliveira (2010) referem algumas resultantes de um estudo realizado em 1973 por Claudine Herzlich em que as significações leigas sobre o significado de ter saúde foram divididas em três categorias: 1- “*Saúde no vácuo*” na qual a saúde é considerada como ausência de doença, não tendo o indivíduo a consciência do próprio corpo, ou apenas, não é incomodado por sensações corporais, havendo um certo “*silêncio corporal*”; 2 – “*Reserva de saúde*” a qual é vista como um recurso ou um investimento em vez de um estado, caracterizado por robustez ou força física e resistência a ataques externos, de fadiga e de doença. É sentida como uma característica pessoal sendo que algumas pessoas a consideraram como herança de família e outras como consequência de uma boa infância; 3 – “*Equilíbrio*” refere-se à noção de «*saúde real*», é a noção de bem-estar positivo ou “*bem estar ao mais alto nível*”, um “*substrato de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal*” (p. 7).

O mesmo estudo refere as concepções leigas de doença: 1 – “*Doença como destruidora*” é a referente a pessoas extremamente envolvidas ou ativas na sociedade, em que qualquer ingerência com os seus papéis profissionais e/ou familiares representa um grave problema, fazendo-a sentir-se “menos pessoa”; 2 – “*Doença como libertadora*” na qual ela é encarada como libertadora das responsabilidades ou pressões da vida, além de trazer benefícios e privilégios tais como a simpatia e cuidados dos outros, traduzindo-se assim como um ganho secundário; 3 – “*Doença como desafio*” na qual ela é encarada não só como um desafio mas como algo com o qual se deve lutar com todos os poderes e recursos, sendo necessária muita energia e empenhamento para a recuperação. “*As pessoas com esta concepção da doença acreditam nos poderes da mente sobre o corpo*” (p. 8).

Como síntese de alguns estudos realizados Albuquerque & Oliveira (2010) referem: 1) as concepções dos leigos em medicina então profundamente ligadas a significados mais latos sobre si próprios, sobre o mundo e a vida e influenciadas por sistemas civilizacionais locais; 2) frequentemente as pessoas constroem concepções para os processos de doença muito diferentes dos que constroem relativamente aos de saúde; 3) “*as concepções leigas coexistem e competem, no sentido de concepções alternativas às significações médicas ou dos profissionais de saúde*” (p. 8).

Tendo por base as faixas etárias investigadas neste estudo a probabilidade da existência de doenças é bastante elevada, além de que quanto mais elevada a esperança de vida maior a probabilidade do aparecimento de doenças, que nos mais velhos, e devido às suas características e duração se tornam naquilo que apelidamos de doenças crónicas, as quais segundo a OMS têm uma ou mais das seguintes características “*são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patogénicas irreversíveis, requerem treino especial do doente para reabilitação, ou podem necessitar de um longo período de supervisão, observação ou tratamento*” (WHO, 2003; p. 4).

Estas doenças são na maioria dos casos inevitáveis, no entanto o seu aparecimento pode ser retardado e as suas consequências minimizadas, para isso seria necessário um maior investimento nos cuidados de saúde primários, no

entanto o que se verifica é uma supremacia nos cuidados de saúde secundários e terciários.

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 (p. 137).

Observa-se uma inexistência de análise dos mecanismos escondidos nas desigualdades sociais na saúde, que do ponto de vista descritivo são tratados como fatores de determinação. Os fenómenos da saúde e da doença, como processos coletivos são constituintes da sociedade e da cultura e não seus simples reflexos.

Para Silva (2011) *“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”* (p. 138).

As doenças crónicas, requerem o envolvimento dos próprios doentes, abrindo espaço para a autonomia leiga, mesmo que esta seja construída a partir dos saberes médicos. Esta autonomia pode ser encarada de duas formas, por um lado consequente das experiências anteriores dos indivíduos, quer elas sejam diretas (do próprio) quer indiretas (dos outros) as quais dependem de toda uma vivência pessoal e da interligação com outros indivíduos com a(s) mesma(s) patologia(s), na qual são avaliados os resultados positivos e/ou negativos da toma ou não da medicação, assim como da forma de o fazer, tendo como resultado o seguimento rigoroso, ou não, das prescrições médicas, ou a prática de uma automedicação consoante a sintomatologia e possíveis efeitos secundários provocados pela medicação. Por outro lado, e tendo em conta a cronicidade da(s) doença(s), há toda uma transmissão de recomendações por parte dos médicos, na qual é feita uma certa educação do doente sobre a possibilidade de surgimento de certos sintomas, assim como a evolução expectável da doença e de como poderão atuar nesses casos, dando aos doentes uma certa autonomia, medicamente supervisionada, de como atuar nas diferentes situações.

Toda esta educação efetuada quer pela classe médica, quer por outros profissionais de saúde vai ter como consequência uma certa literacia em saúde

que, segundo Melo (2015) se pode definir como “*o grau no qual as pessoas são capazes de compreender e avaliar uma informação para enfrentar as exigências dos diferentes contextos de saúde de forma a mantê-la no decurso da vida (...) uma literacia em saúde inadequada tem influência na adesão à terapêutica*” (resumo).

Outro paradigma destes conceitos é o modo como os indivíduos experienciam, percebem e representam a saúde e doença, e quais as práticas utilizadas quer na presença de doença quer na sua prevenção. Neste âmbito, e segundo Tavares (2016), podemos referir duas perspetivas a do “conhecimento leigo” que se refere às ideias e perspetivas das pessoas sem formação académica ou experiência profissional na área da saúde, assim como família e comunidade em que estão inseridas, que mobilizam saberes, percepções ou noções para avaliar as suas experiências diárias de saúde ou de doença, conferindo-lhe uma explicação. Por outro lado, temos o “conhecimento pericial” que advém de saberes profissionais especializados assentes em conhecimentos científicos. A relação entre estes dois conhecimentos é, segundo Gabe et al. (2004), *in* Tavares (2016), “*complexa e as suas fronteiras são cada vez mais «turvas» e mais aproximadas, verificando-se uma «pericialização dos saberes leigos» que são cada vez mais informados e incorporam parte dos conhecimentos científicos*” (p. 49).

Após esta abordagem sobre o envelhecimento, conceitos, crenças e conceções sobre saúde e doença, ir-se-á aprofundar no próximo capítulo a relação com os medicamentos, crenças, conceções, conceitos de adesão e não adesão, polimedicação e a forma como estes pressupostos podem ou não afetar o consumo medicamentoso.

2 - RELAÇÃO COM OS MEDICAMENTOS

No seguimento do referido no capítulo anterior uma das consequências do envelhecimento, além das patologias que lhe poderão estar associadas, é o início da “velhice” normalmente associada à entrada na reforma, o que pode determinar uma forma de rutura com o “eu” uma vez que determina uma alteração no papel social, assistindo-se a grandes mudanças nas relações sociais e na vida diária do idoso. Esta rutura com o “eu” tem como consequência a perda de capacidades físicas e psíquicas, que têm como resultado a ideia da “velhice” como um final de toda uma vida ativa e produtiva, dissipando-se quaisquer perspetivas e motivações no futuro, apresentando-se o medicamento (de uma forma simbólica) como um apoio a esses efeitos, uma vez que ajuda a adquirir algum controle sobre os efeitos do envelhecimento (Collin, 2003; pp. 121-122).

A mesma autora aborda a relação da “velhice” com a toma de medicação através de uma ótica sociocultural e através de três enunciados “*medicamento obrigação*”; “*medicamento concessão*” e “*medicamento compaixão*” (p. 133).

No “*medicamento obrigação*”, como qualificativo da relação entre os idosos e os medicamentos, pretende-se acabar com a conceção que os idosos são meros recetores da gestão da sua doença e das instruções médicas, sendo simples recetores pacíficos das indicações médicas relativamente à gestão das suas patologias e dos medicamentos, não tendo outra hipótese se não tomar a medicação. Na realidade os idosos estabelecem as suas estratégias de ligação com a medicação no seu dia-a-dia, estando os seus procedimentos com a medicação relacionados quer com a experiência da doença, quer com a sua relação com os médicos e sistema de saúde (p. 123).

No “*medicamento concessão*” é importante compreender a interação médico-doente, dado que a prescrição de medicação é a principal finalidade das expectativas dos idosos relativamente ao seu médico, podendo desta forma criar-se uma relação de confiança, assim o medicamento assume uma dupla função, por um lado insere-se como objeto preciso de alívio da doença, por outro inclui-se com a experiência do médico e a da sua idoneidade para curar. Além disso a prescrição tem uma carga simbólica muito grande uma vez que é através do medicamento que convergem as perspetivas eventualmente divergentes do médico e do doente relativamente à natureza curativa do medicamento, sendo

através dela que se estabelecem as relações de poder na relação médico-doente. É no estabelecimento desta relação de reciprocidade que surge a concessão e as relações de poder ocorrem nos dois sentidos, fazendo da consulta um espaço de negociação (p. 126).

Esta concessão acontece na consulta e varia consoante o tipo de doenças que estão a ser tratadas, sendo que o medicamento é o seu objeto. No contexto clínico a relação médico-doente baseia-se sobretudo no desequilíbrio de poderes e responsabilidades onde o domínio do médico vem da experiência que ele não partilha com o doente. Por sua vez o doente atribui o peso da responsabilidade ao médico. Neste caso a concessão é feita pelo doente através da prescrição médica, com pleno reconhecimento da competência e responsabilidade profissional deste (pp. 129-130).

O “*medicamento compaixão*” está interligado com a prescrição de psicotrópicos, numa perspetiva de possibilitar aos idosos a vivência do dia-a-dia do envelhecimento, negligenciando a procura de soluções a longo prazo. Este contexto advém da ideia que é inútil procurar a cura para os idosos uma vez que o envelhecimento se apresenta como um decurso inevitável de perda de independência e decréscimo de capacidades. Desta forma os psicofármacos agem como uma prótese psicológica para “aliviar” as consequências da ancianidade (pp. 131-132).

O medicamento compaixão tem por base a associação entre velhice e psicofármacos, manifestando-se através de elocuições que encaram a velhice com pessimismo. Estas elocuições relativamente à velhice existem tanto por parte dos médicos como dos idosos e são o instigador da compaixão do médico, implícita à ideia de que os idosos estão “à beira da morte” e que necessitam de ser ajudados tanto física como psicologicamente e que os psicofármacos os ajudam a lidar com essa situação (Collin, 2003; p. 131)

Desta forma o idoso ao aceitar a sua condição (diminuição de capacidades físicas e psicológicas) deve alterar o seu papel social, uma vez que passa a ser “inativo” na sociedade. Esta alteração do papel social é a justificação para uma ação farmacológica a longo prazo, para compensar as perdas da velhice. No entanto são também os psicofármacos que permitem ao idoso lidar com a sua condição, dando-lhe mais autonomia e fazendo com que possa de alguma forma contrariar a sua condição, pelo que o idoso tem de lidar diariamente com a

tensão simultânea de manter a autonomia e de interiorizar a sua perda de capacidades (Collin, 2003; p. 134).

Esta autora refere que as atitudes dos idosos perante os medicamentos manifestam-se quer através dum “locus de controle interno” (autogestão de saúde), quer por um “locus de controle externo” (gestão da saúde por meios externos ao indivíduo). No primeiro caso, encontram-se os idosos que dispensam intermediários na sua relação com os medicamentos. Estes dividem-se em dois grupos distintos, os que são saudáveis ou têm apenas pequenos problemas encarando os medicamentos, os médicos e sistema de saúde com desconfiança, assim como o início da toma de medicamentos como um processo irreversível de decadência. No outro grupo de idosos estão aqueles que têm doenças crónicas que provocam dor, estes têm uma confiança inabalável nos medicamentos, mas ou os tomam segundo as indicações do médico ou segundo a sua perceção da doença. Neste caso a confiança no médico ou no sistema de saúde pode existir ou não (Collin, 2003; pp. 123-124).

No segundo caso “locus de controle externo” encontram-se também dois grupos. No primeiro encontram-se os idosos que têm problemas cardíacos e que confiam no médico uma vez que é ele que pode monitorizar os diferentes aspetos da doença, sendo o medicamento encarado como um prolongamento do médico, como uma ferramenta de controle que deve ser tratada por especialistas (Collin, 2003; p. 125). No segundo grupo encontram-se os indivíduos que acreditam que a origem das doenças é algo externo a eles (genética, destino, velhice). Para estes o medicamento substitui qualquer prática preventiva para evitar que o problema se agrave e são dependentes destes, não evitando por isso qualquer prática que possa ser prejudicial à sua saúde, sendo o medicamento encarado como um complemento orgânico através do qual o corpo pode continuar a funcionar (Collin, 2003; p. 125).

No entanto cada indivíduo tem um comportamento próprio e diferente consoante a situação em que se encontra, as suas crenças e conceções. Segundo Pound et al. (2005) *in* Britten (2008) existem quatro grupos em que se podem dividir aqueles que têm prescrição de medicação. Os “*passive accepters*”, os “*active accepters*”, os “*active modifiers*” e os “*rejecters*” (Britten, 2008; p. 54). Apesar destas classificações estes grupos não são necessariamente estáticos, podendo

conforme as situações utilizar diferentes comportamentos. Segundo os autores, os que cumprem o que lhes é prescrito sem lhe dar grande importância, são os que confiam no médico cumprindo todas as suas orientações e prescrições, são os que aceitam passivamente todas as prescrições (*passive accepters*), ou seja aceitam a medicina sem a questionar. Já os *active accepters* aceitam as prescrições depois de as avaliarem, apesar de por vezes terem algumas preocupações ou dúvidas acabam por conscientemente tomar a decisão de seguir as prescrições.

Os outros dois grupos têm um comportamento diferente, os *active modifiers* (ou *céticos*) podem recusar o tratamento após um período experimental, ou não, podem optar por serem eles a controlar a sua patologia através de terapias alternativas, ou tolerando a sintomatologia, ou podem optar por seguir as indicações médicas quer na sua totalidade quer parcialmente. Neste grupo incluem-se os que criticam quer os médicos quer a medicina moderna, assim como acham que os medicamentos são prejudiciais e não naturais. Por último, e tal como o nome diz, são os que recusam completamente a medicação (*rejecters*), (Britten, 2008; pp. 54-55).

Outra das atitudes que pode ser observada em alguns casos é a utilização de doses menores do que as prescritas, a toma da medicação só em alturas de agudização da patologia e/ou sintomatologia, havendo também os que fazem períodos de “férias” com o intuito de “limpar” o corpo dos eventuais efeitos secundários que os medicamentos possam causar, estas “férias”, e segundo Britten (2008), ocorrem com mais frequência aos fim de semana, sendo uma das causas a preocupação dos doente das possíveis interações entre a medicação e o álcool.

Na sabedoria popular que Britten (2008) chama de “*popular sector*”, os indivíduos gerem a sua saúde e tratam da sua sintomatologia, além de fazerem também a prevenção de doenças e/ou agravamento das já existentes, através dos recursos que lhes estão acessíveis, nomeadamente produtos/tratamentos naturais, como ervas, as quais são utilizadas em chás, xaropes e outras aplicações, conhecimentos que foram adquiridos através da sabedoria popular ao longo de várias gerações (as chamadas mezinhas caseiras), as quais são perçecionadas como mais seguras e como tal preferidas aos medicamentos prescritos por

profissionais de saúde. Também se incluem nestas práticas de estilos de vida saudável como dietas, hábitos de trabalho, atividades sociais e exercício físico. Raposo (2010), *in* Lopes & Rodrigues (2015) acentua este parecer ao dizer que “*a disposição para o consumo do natural tende a associar-se a uma representação de inocuidade, ou de menor risco*” (p. 23)

Britten (2008) menciona por último o “*folk sector*” que podemos traduzir por sector do povo, o qual é respeitante a tratamentos disponibilizados por pessoas da comunidade, leigos ou tradicionalmente chamados de curandeiros, ou promovida por praticantes informais, os quais utilizam as chamadas medicinas alternativas ou complementares. Este ramo é praticado por profissionais que na maior parte dos casos não fazem parte do sistema de saúde formal.

A utilização quer de tratamentos caseiros, quer de medicinas alternativas não é na maioria dos casos transmitida pelos doentes aos médicos, nem estes os questionam da sua utilização, o que pode provocar interações perigosas com a junção destes vários tipos de tratamentos, causando efeitos secundários adversos ou mesmo outras patologias, alterando a eficácia dos medicamentos, mascarando ou alterando a sintomatologia de certas patologias o que pode levar a diagnósticos errados, além de que há o perigo de certos produtos naturais poderem estar contaminados. Os perigos destes “tratamentos” são muitas vezes desconhecidos de quem os pratica.

Apesar de todas estas alternativas e ainda segundo Britten (2008) é muitas vezes esquecido que “*a primeira alternativa de tratamento é o não tratamento*” (p. 27).

Estes conhecimentos e as suas interligações podem ser consequência de vários fatores, nomeadamente da maior literacia dos indivíduos, dos meios de comunicação social, de redes sociais e também da experiência cada vez maior relativamente às doenças crónicas, que outrora eram rapidamente mortais sendo agora, devido aos avanços da medicina e tecnologia, “fontes” de experiência e de novos conhecimentos, quer leigos, quer periciais. Desta forma Tavares (2016) refere que “*o universo das doenças crónicas produz formas específicas de experienciar a doença, de a perceber, de transformar as identidades dos doentes, de alterar as suas vidas quotidianas e de gerar diferentes tipos de estigma*” (p. 66).

A medicina ocidental controla o uso de medicamentos, invalidando a utilização desses “tratamentos” alternativos, sobretudo nos mais idosos (por isso mais necessitados de medicação), em que a medicalização passa a ser um processo decorrente de duas vertentes, por um lado a vontade do idoso para continuar inserido na sociedade, por outro pelo médico que considera o idoso um ser frágil tanto física como emocionalmente. Tudo isto se intensifica nas classes sociais mais desfavorecidas, onde o combate aos efeitos do envelhecimento se torna mais dinâmico uma vez que a “velhice” pode significar um agravamento das condições de vida e perda dos papéis sociais (Mendonça, Carvalho, Vieira & Adorno, 2008).

2.1 – CRENÇAS E CONCEÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

As percepções, conceitos e vivências de cada indivíduo podem afetar a adesão à terapêutica e influenciar os comportamentos relacionados com a saúde. Essas crenças podem estar associadas à noção de que os medicamentos devido à sua composição química e artificial têm efeitos perigosos, podendo causar dependência. Magadza et al. (2009), *in* Melo (2015), mencionam que as crenças relacionadas com os medicamentos, são consequência da interação de vários fatores como a cultura e suas normas, condições socioeconómicas, personalidade e conhecimentos sobre a patologia e terapêutica. Temos também de ter em conta que cada indivíduo é uma entidade com especificidades próprias em que cada doença tem para ele, família e sociedade, características e impactos próprios e únicos. A interação e procura dos serviços de saúde também podem ser afetadas pelos valores culturais e desta forma condicionar, ou não, o acesso aos mesmos. Todos estes pressupostos - saúde; doença; crenças; relações com os profissionais de saúde; contextos sócio económicos e culturais, entre outros, podem ser os condicionantes para a adesão ou não às prescrições terapêuticas.

Harbermas, *in* Britten (2008), diz que as sociedades são constituídas por duas áreas básicas de socialização “*lifeworld*” e “*sistem*”, definindo o primeiro como o dia a dia partilhado com os outros, o qual promove a transmissão de conhecimentos e de culturas, proporcionando assim formas para que as experiências vivenciadas possam ser interpretadas e relatadas. Nesta área podem-se incluir representações culturais como a tradição, a coerência e a

racionalização do conhecimento; a incorporação social com a incorporação de identidades do grupo e de interdependência; a socialização que através da partilha de saberes individuais proporciona formas de vida coletiva (Outhwaite, 1994, *in* Britten, 2008).

Em oposição o “*system*” promove a estrutura material em vez da cultural ou representação simbólica. Baseia-se em dois subsistemas, dinheiro e poder, que juntos constituem a estrutura da economia capitalista e da gestão do estado e das instituições com ele relacionadas, tais como os serviços públicos e partidos políticos. Estas duas áreas podem ter uma maior ou menor influência sobre o modo como os indivíduos vivenciam as vertentes saúde/doença e respetiva necessidade, ou não, da utilização de terapêutica.

Para Britten (2008) a produção, licenciamento e uso de medicamentos pode ser vista como um processo puramente técnico sendo a maioria dos discursos em torno deles redigidos em linguagem científica. Isto tem como efeito excluir o público e os doentes de todo um processo de elaboração, comercialização e utilização dos medicamentos prescritos. Este desconhecimento por parte dos utentes pode ser a causa de divergências entre, neste caso, a classe médica e os doentes, sendo por isso necessário informar de forma objetiva e compreensível os utentes/doentes sobre a medicação prescrita.

Giddens, mencionado por Britten (2008), refere as atitudes ambivalentes entre a população leiga e os técnicos de saúde, numa dimensão em que a população leiga é ignorante relativamente à ciência, pelo que tem de confiar nos *experts*. No entanto esta ignorância também provoca fundamentos para algum ceticismo ou cuidado. Giddens argumenta que esta ambivalência reside na confiança das relações entre doentes e médicos. O paradoxo moderno é que enquanto a informação promove uma visão de progresso e racionalidade com base na ciência, a base da ciência é um conhecimento provisório e com falta de certezas (p. 16).

A perceção da gravidade da doença também pode influenciar as crenças acerca do tratamento e da toma dos medicamentos (Henriques, 2011, *in* Santos, 2014). Na realidade, e sobretudo nas doenças crónicas, a presença da(s) doença(s) passa a ser uma situação “normal” que vai acompanhar o indivíduo ao longo da vida, sendo que as “*estratégias terapêuticas para a(s) combater orientam-se para a «normalização» que já não significa o desaparecimento da doença mas sim o*

controlo e a gestão da sua continuidade” (Tavares, 2016, bold do autor; p. 57).

Num estudo efetuado por Pereira, Pedras & Machado (2013) a doentes diabéticos para validação do questionário de crenças sobre medicação, os resultados encontrados demonstraram haver uma relação entre crenças sobre medicação e adesão à medicação, nomeadamente:

- “*crenças gerais sobre a medicação*” estas têm uma relação negativa com a adesão à medicação, sendo as respostas obtidas uma demonstração de uma certa “desconfiança” nos médicos, pois verbalizam que os médicos confiam demais nos medicamentos e também os usam demais, que se estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos, demonstram também alguma apreensão relativamente aos medicamentos dizendo que eles fazem mais mal que bem, que são todos tóxicos, que provocam dependência, que os produtos naturais são mais seguros e que quem toma medicação deve parar o tratamento durante um certo período de vez em quando (p. 232).

- “*crenças específicas: necessidades*”: estas relacionam-se positivamente com a adesão à medicação, uma vez que havendo uma perceção elevada da necessidade de medicação esta pode superar o receio dos efeitos secundários podendo potenciar a adesão, sendo também verdade que o contrário pode ter efeitos negativos na adesão. Nestes casos as respostas vão no sentido de que sem a medicação estariam muito doentes, que a sua saúde atual e futura depende deles, que a sua vida não seria possível sem medicação, impedindo-os assim de piorar (p. 232).

- “*crenças específicas: preocupações*” estas não têm um relacionamento significativo com a adesão, demonstram preocupações relacionadas com os medicamentos nomeadamente de dependência, de efeitos secundários, de desorganização da vida diária, demonstrando também o desconhecimento relativamente ao que tomam “*os meus medicamentos são um mistério para mim*”. (p. 232).

Muitas das doenças crónicas não se podem prevenir, mas podem-se minorar os seus efeitos mais nefastos, segundo Pegado (*in* Lopes, 2010) “*a doença crónica constitui assim um factor decisivo, que molda as orientações de saúde e o tipo de investimento que os indivíduos fazem relativamente à sua saúde (ou à sua doença)*” (p. 228). Pelo que as conceções e investimentos de saúde por parte dos indivíduos estão relacionadas com “*os modos como eles incorporam redefinem*

ou resistem aos discursos públicos sobre a promoção da saúde na construção da sua subjectividade e nas suas práticas de vida quotidiana” (p. 230).

Na sociedade atual as orientações e investimentos que se fazem a nível da saúde, tanto a nível primário, como secundário ou terciário, advêm de uma cultura e ideologia que consagra a saúde como um valor e um objetivo a atingir responsabilizando os indivíduos pela manutenção da sua saúde e prevenção da doença.

2.2 – MEDICALIZAÇÃO VERSUS FARMACOLOGIZAÇÃO

Os cuidados de saúde atualmente e nos países industrializados, estão, segundo Britten (2008) fortemente dependentes do uso de fármacos, a grande maioria das pessoas já foi medicada em alguma altura da sua vida. No entanto algumas prescrições também são a causa de algumas mortes e/ou morbilidades, havendo em alguns casos grandes tensões entre as necessidades dos cuidados de saúde e os interesses comerciais, provocando algumas tensões entre os benefícios e malefícios, e entre salvar vidas e causar mortes.

O termo medicalização segundo Lopes (2003) foi introduzido na teoria sociológica por Zola (1973), o qual visava “*designar a crescente expansão da medicina para os mais privados domínios da vida social e quotidiana – concretizada através da progressiva incorporação no campo da intervenção médica de diversos tipos de situações e comportamentos, que até meados do sec. XX lhe eram exteriores*” (p. 47). Posteriormente Conrad e Schneider (1992), in Lopes & Rodrigues (2015), definem-na como “*um processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios*” (p. 11). Desta forma situações que não eram consideradas patológicas ao serem convertidas em problemas médicos levaram à propagação do uso dos medicamentos com a respetiva expansão da medicalização.

No entanto esta medicalização não se verifica da mesma forma em todos os grupos sociais, dependendo da recetividade das subculturas e dos indivíduos a elas pertencentes, assim como do seu conhecimento e perceção nesta área científica (Lopes, 2013).

As implicações decorrentes do aumento de anos de vida, nomeadamente o desencadear de uma ou mais patologias, com mais ou menos cronicidade, levam a uma maior procura dos serviços médicos, o que decorre também de uma maior oferta de serviços nesta área, pelo que situações que tradicionalmente eram exteriores a situações de saúde e doença, sendo por isso “tratadas” de forma diversa, sendo muitas das vezes encaradas como manifestações naturais do corpo, passaram a ser encaradas de maneira diferente.

Desta forma o fenómeno da medicalização é indissociável da disseminação social do medicamento, a qual corresponde ao aumento da intervenção médica ao longo do século XX, que ao fazer a patologização de certos desvios os subordina à intervenção terapêutica, prosseguindo com intervenções sobre as manifestações naturais da condição humana, como o envelhecimento ou outros limites funcionais (Lopes, 2010). É de salientar também a noção de farmacologização que só se pode completar quando se tem em conta o processo de propagação social e cultural que acarreta. Isto é *“quando a par de uma lógica de medicalização do topo para a base se assiste a um efeito da base para o topo, a que corresponde uma incorporação, no plano colectivo e individual, das concepções médicas sobre o corpo a saúde e a doença”* (Crawford, 1980, in Lopes, 2010; pp. 21-22).

Concomitantemente ao difundir da medicalização, e segundo Lopes (2010; 2013), desenvolveu-se outro fenómeno apelidado de *“farmacologização”*, o qual traduz a dominância dos medicamentos nos processos terapêuticos que tal como a medicalização demonstra a dominância das concepções médicas na interpretação da saúde e da doença *“trata-se de dois processos socialmente indissociáveis, mas analiticamente distinguíveis. A recorrência à prescrição de medicamentos como solução médica para os problemas de saúde, associada ao crescendo de situações traduzíveis em queixas de saúde e, conseqüentemente, sujeitas a terapêutica medicamentosa”* (Lopes, 2013; p. 50).

A aceção conceptual de farmacologização e numa perspetiva teórica, segundo Willians et al. (2008) citado por Lopes & Rodrigues (2015) é definida como *“a transformação de condições humanas em questões farmacológicas passíveis de tratamento ou melhoria”* (p. 11).

A farmacologização, ainda segundo Lopes (2007), insere-se também no aumento do recurso à automedicação verificada nas últimas décadas. Estas práticas de

automedicação na maioria dos casos são utilizadas em situações em que os distúrbios de saúde existentes eram tradicionalmente “tratados” através do recurso aos saberes domésticos, os quais se incorporam nos chamados tratamentos caseiros (Quaeyhaegens, 1996, *in* Lopes, 2007), podendo também ser efetuada com medicamentos prescritos em situações anteriores, tendo dado provas da eficácia perante os objetivos desejados, seja na experiência do próprio utilizador, quer através da partilha de experiências com outros utilizadores.

A farmacologização, segundo Lopes et al. (2012), *in* Tavares (2016) não é apenas uma extensão da medicalização, mas envolve características que resultam de um duplo processo: “*i) a generalização do uso do medicamento na gestão da doença e de um espectro cada vez mais amplo de aspetos distantes do campo da patologia; ii) o surgir de novas categorias de necessidade de consumo médico e medicamentoso por efeito da própria inovação farmacológica*” (p. 55).

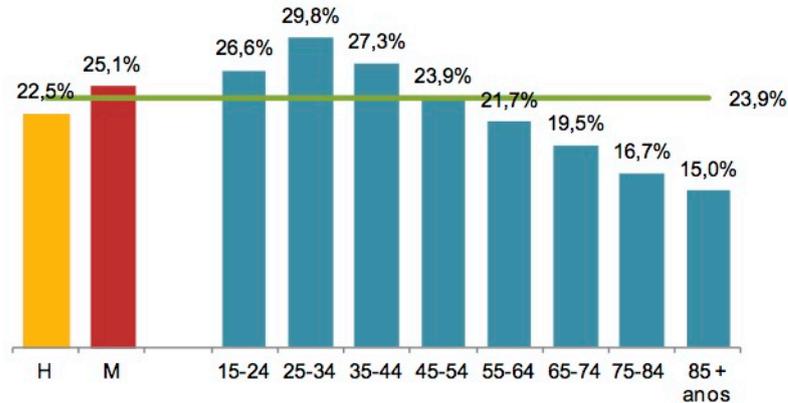
A farmacologização está a provocar transformações sociais profundas no campo da saúde, ao mudar o estatuto dos medicamentos de recursos raros, estranhos e restritos, a produtos estranhos, mas comuns, em que devido à sua difusão, acessibilidade e banalização no espaço público, deram origem à familiaridade dos indivíduos com os medicamentos (Tavares, 2016).

Estes conceitos podem ser uma das explicações para o aumento exponencial do número de receitas e de medicamentos (referenciado no ponto 1.1, gráficos I, II, III) vendidos em Portugal.

Quanto à utilização destes medicamentos, os quais são de venda livre, isto é, não necessitam de receita médica, a nível nacional apresentam um valor de 2 124 318 (quase metade dos prescritos) verifica-se que a sua utilização é maior nas mulheres e nas faixas etárias entre os 25 e 44 anos, sendo que nos idosos essa percentagem é menor (gráfico VI) (INE 2016a).

GRÁFICO VI – CONSUMO DE MEDICAMENTOS NÃO PRESCRITOS
(VENDA LIVRE)

Proporção da população com 15 ou mais anos que consumiu medicamentos não prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014



Fonte INE, 2016a

2.3 – CONCEITOS DE ADESÃO/NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA

A questão da adesão ou não adesão à terapêutica medicamentosa tem sido alvo de várias investigações, tanto a nível nacional, como internacional, quer no campo da medicina quer no das ciências sociais. Desde o tempo de Hipócrates que a adesão à medicação tem vindo a ser monitorizada, sendo vários os métodos utilizados ao longo dos anos para essa medição (Osterberg & Blaschke, 2005). Estes métodos variam consoante a época, os meios disponíveis e os pesquisadores, indo desde a observação direta, à execução de análises e/ou exames específicos de medição de certas substâncias no sangue ou urina, a questionários, entrevistas, contagem de comprimidos, entre outros, todos eles apresentado algum tipo de desvantagem pelo que os resultados que daí advêm, em muitos dos casos, não nos dão uma perspetiva correta sobre a veracidade dos resultados obtidos.

Grande parte dos estudos, sobre adesão, centram-se em patologias muito específicas, sida; diabetes; hipertensão; tuberculose, entre outras, sendo as faixas etárias bastante variadas (Andrade et al., 2002; Dias et al., 2011; Hespanha, 2009; Silva, 2008; Sousa et al., 2011).

Segundo a definição da OMS emanada em Junho de 2001 adesão/ *adherence* “é quando os doentes seguem as instruções médicas”, numa versão mais alargada define também como adesão a terapêuticas a longo prazo “ao comportamento

pessoal – tomar a medicação, seguir uma dieta, e/ou executar mudanças no estilo de vida, correspondendo e seguindo com as recomendações do profissional de saúde” (WHO 2003; p. 3). É dada também grande ênfase à diferença entre *adherence* e *compliance*, referindo que a *adherence* “*requer o acordo do doente às recomendações, sendo assim parceiros activos com os profissionais de saúde nos seus tratamentos e que uma boa comunicação entre doente e profissional de saúde é uma mais valia para prática clínica eficaz”* (WHO 2003, p. 4). Já *compliance* e segundo Donovan & Blake (1992) *comply* é obedecer, submeter-se e aceitar as instruções, tornando-a quase como ligada à dominância médica. No entanto a concordância, referida por Henriques (2011)⁸ e tendo por base outros autores, pretende descrever a adesão prevendo um acordo consensual entre o doente e o profissional de saúde sobre o tratamento e cuidados a ter, pressupõe a vontade do doente em aceitar e aderir voluntariamente à medicação, partilhando essa responsabilidade com a equipa de saúde em que está inserido.

A *non-compliance* é tida como um comportamento desviante da inteira responsabilidade do doente, pois se ele falha, intencionalmente ou não é porque é ignorante para compreender as orientações médicas ou esquece-se da maioria da informação que lhe é fornecida (Ley & Spelman, 1967; Todd, 1983, *in* Donovan & Blake, 1992). Para estes autores a *non-compliance* existe em cerca de metade dos doentes, referindo que muitos têm sido os estudos efetuados nesta área, no entanto os resultados obtidos são inconclusivos e mesmo contraditórios. São vários os estudos que tentaram compreender as perspetivas do doente, tendo-se verificado que alguns doentes não aderiam à terapêutica como forma de luta contra a doença, como reação à maneira como eram tratados pelos médicos, ou ainda como forma de luta contra o sistema quebrando dessa forma normas simbólicas. Alguns doentes escolhem deliberadamente não aderir aos conselhos médicos, mas na maioria dos casos falta perceber o que eles pensam e sentem sobre a(s) sua(s) doença(s) e respetivo(s) tratamento(s) e qual o impacto que isso tem sobre o seu comportamento. A não adesão pode desta forma ser uma decisão ponderada e não um comportamento desviante (Donovan & Blake, 1992; p. 508).

⁸ Para uma leitura mais detalhada ver Henriques, M. A. P. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. (Doutoramento), Universidade de Lisboa.

Para Donovan & Blake (1992), e decorrente do seu estudo sobre *non-compliance*, existem vários níveis de não aderência sendo esta expressa de várias formas, uns doentes não tomam a medicação, outros tomam em doses menores do que as prescritas e depois deixam de tomar e outros tomam inicialmente as doses prescritas e depois param. Existe ainda um grupo, menos comum, que toma doses maiores que as prescritas. Estes níveis diferentes de *non-compliance* demonstram que estes doentes pensam na sua maneira de tomar a medicação, não sendo só uma questão de se submeterem às instruções, eles experienciam doses e tempo. A razão principal apresentada para a *non-compliance* é o medo dos efeitos secundários (p. 509). Estes comportamentos podem-se correlacionar com o já exposto, e descrito por Britten (2008), sobre os “*rejecters*” e os “*active modifiers*”.

Relativamente à *compliance* Britten (2008) enfatiza-a como uma ideologia da classe médica em que ela tem o controlo, sendo os doentes uns seres passivos e obedientes incondicionais.

Segundo Latif & McNicoll (2009) é preferível utilizar o termo *non-adherence* a *non-compliance*, uma vez que *non-compliance* envolve a culpabilização ou erro por parte do doente, enquanto que *non-adherence* é uma falha passiva do doente em seguir o regime terapêutico.

Já para outros autores apesar de concordarem com o referido previamente, relativamente à utilização dos termos *adherence* e *compliance*, referem que ambos os termos são descrições imperfeitas e que não nos dão uma informação sobre o comportamento dos doentes nem sobre a toma da medicação, além de que poderá criar um estigma sobre eles levando a uma possível alteração nas relações futuras entre doentes e profissionais de saúde. A percentagem que normalmente é usada para descrever as taxas de adesão de cada indivíduo está relacionada com a percentagem de medicamentos tomados durante um período específico de tempo, verificando-se uma maior adesão em doentes com patologias agudas comparativamente aos com patologias crónicas, sendo que nestes a adesão tende a diminuir após os primeiros seis meses, pelo que as taxas de adesão nestes casos podem variar entre os 43% e os 78%. Também não se verifica consenso sobre qual a percentagem adequada de adesão, alguns autores referem 80% para que seja aceitável, outros de que tem de ser superior a 95%

sobretudo nos casos de doenças infecciosas como o HIV sida (Osterberg & Blaschke, 2005; p. 487).

Para Britten (2008) a *non-compliance* pode estar relacionada com o tratamento das doenças crónicas, onde o uso prolongado da medicação pode dar origem a um relacionamento problemático tendo em conta a sua eficácia, uma vez que estes doentes se tornam conhecedores da sua patologia e da forma como a devem gerir, além de que o uso prolongado desses medicamentos, na conceção do doente, pode por um lado criar dependência, ou causar imunidade.

No entanto a adesão e a não adesão, não são comportamentos inalteráveis e constantes, pelo que dependendo das circunstâncias o mesmo indivíduo pode aderir ou não aderir à medicação consoante a situação específica em que se encontra em diferentes alturas e situações.

A adesão à terapêutica pode ser perspectivada como “*um comportamento relacionado com a saúde/doença*”, no entanto não se pode limitar só à forma de toma da medicação, engloba também (como já referido anteriormente e por outros autores) comportamentos como faltar às consultas e práticas de vida consideradas saudáveis, como alimentação, exercício físico, uso de tabaco e álcool e evitar o stress (Klein & Gonçalves, 2005; p. 113).

A adesão à terapêutica associa-se a resultados positivos na saúde, segurança e qualidade de vida dos doentes, conjuntamente com melhores resultados económicos quer diretos quer indiretos uma vez que diminui a procura dos serviços de saúde por agudização de patologias, assim como minimiza os efeitos nefastos, diminui a morbilidade e possíveis internamentos que possivelmente, não ocorreriam se houvesse mais adesão. Segundo Guerreiro et al. (2005), *in* Henriques (2011) em Portugal estima-se que sejam hospitalizados 43 mil doentes por ano por situações de não adesão à terapêutica

2.4 – DETERMINANTES DE ADESÃO/NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA

Nos anos 70 e 80 deu-se uma mudança relativamente à maneira de pensar e aos conceitos dos consumidores, tendo surgido um aumento de pedido de informações sobre os tratamentos médicos, o que deu origem a que os pacientes deixassem de ser vistos, pelos profissionais de saúde, como passivos e sem

poder (Donovan & Blake, 1992). Verificou-se que alguns dos pacientes deixaram de cumprir as orientações médicas, como forma de expressar a sua vontade de lidar com a sua doença; como reação à forma como eram tratados pelos médicos; ou como forma de lutar contra o sistema, quebrando as regras existentes, tornando-os capazes de fazer as suas escolhas relativamente aos tratamentos e estilos de vida, tendo por base as suas crenças, responsabilidades e preferências, as quais, tendo em conta as informações e saberes adquiridos, podiam ser diferentes das apresentadas pelos médicos. Consequentemente a *non-compliance* deixou de ser encarada quer pelos profissionais de saúde, quer por alguns doentes, como um comportamento desviante, mas uma decisão tomada racionalmente, também a *compliance* deixou de ser uma simples questão de obediência às instruções dos profissionais de saúde (Donovan & Blake, 1992).⁹ Outros autores Gellad, Grenard & Marcum (2011) referem outros tipos de não aderência, a “*primary nonadherence*” ou “*nonfulfillment*” e a “*nonpersistence*”. Na “*primary nonadherence*” o prescritor faz recomendações sobre a maneira de tomar a medicação, mas o doente nem sequer inicia. Na “*nonpersistence*” quando o doente resolve parar o tratamento, após o ter iniciado, sem a orientação de um profissional de saúde para o fazer.

Conrad (1985) in Klein & Gonçalves (2005) propõe outro termo para substituir o da adesão a “*auto-regulação*”, pois seria mais adequado pelo que a adesão passaria a “*ser encarada como um processo de auto-regulação que permite às pessoas exercer algum controlo sobre a sua doença na medida em que se vão ajustando aos significados que os medicamentos assumem nas suas vidas e não como acto de obedecer às instruções médicas*” (p. 115).

Devido às características das doenças crónicas estas exigem quer da parte dos profissionais de saúde quer dos doentes um grande envolvimento. Segundo Lopes (2010) “*a doença crónica implica, assim, uma gestão que não se esgota na pericialidade médica, mas demanda e exige o envolvimento dos próprios doentes, abrindo espaço para a autonomia leiga, mesmo que construída a partir dos saberes médicos*” (p. 227). Também nestes doentes crónicos se exige uma gestão da sua doença a qual não se centra só na sua prevenção, mas também na prevenção das suas consequências mais nefastas e em minimizar os seus efeitos,

⁹ Apesar das várias definições e diferenças entre adesão/não adesão, compliance e non-compliance, optamos por nos referir, relativamente ao abandono de medicação, pelos termos adesão e não adesão.

moldando os comportamentos dos doentes relativamente aos comportamentos e investimentos que eles fazem tendo em conta a sua saúde e/ou doença. A mesma autora refere que uma abordagem do ponto de vista sociológico sobre os consumos terapêuticos/adeseção terapêutica suas lógicas e racionalidades sociais torna-se uma matéria que no campo da investigação tem pouco suporte bibliográfico, pois são escassos os trabalhos nesta área, acrescentando ainda que “*os fármacos e a sua processualidade social só muito recentemente se constituíram em objeto de investigação sociológica*” (Lopes, 2010; p. 14). Além disso as perceções sobre os riscos inerentes ao uso de vários tipos de medicamentos, assim como as capacidades de gestão da ampla quantidade de informações inerente à terapêutica diária, associada aos conceitos gerais sobre a saúde implícitos nas diferentes formas de consumos terapêuticos, estabelecem os enfoques fundamentais para a reorganização analítica do fenómeno social que integra os universos terapêuticos (Lopes, 2010; p. 15).

Haynes (2001) e Sackett et al. (1978) *in* WHO (2003) referem que em países desenvolvidos a adeseção dos doentes com doenças crónicas é de 50%, sendo que em países em desenvolvimento assume-se com maior percentagem devido às deficiências dos recursos de saúde e à desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Muitos têm sido os estudos efetuados nesta área, entre outros Cabral & Silva (2010); Donovan & Blake (1992); Gellad et al. (2011); Klein & Gonçalves (2005); Latif & McNicoll (2009); Lumme-Sandt & Virtanen (2002); Melo (2015); Osterberg & Blaschke (2005) e Santos (2014), os quais apresentam vários motivos para o não cumprimento, ou cumprimento inadequado das orientações dadas, no entanto as conclusões são quase sempre as mesmas em todos eles. Para 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*” (pp. 1-2).

O cumprimento ou não dos tratamentos trata-se, segundo Griffith (1990) *in* 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.

Na presença de doenças crónicas, que requerem tratamento prolongado (muitas vezes durante toda a vida), o qual os doentes sabem que não irá proporcionar a cura, surge o problema de uma boa relação de eficácia, pois apesar de saberem que não há perspectivas de cura têm a esperança que a medicação trate a doença e acabe com a sintomatologia. Apesar de na sua maioria os doentes crónicos saberem que os medicamentos atuais não proporcionam essa cura, resta-lhes a esperança que sejam descobertos novos medicamentos que os consigam curar. Os que aceitam a medicação, demonstram, ao fazê-lo, quer para si próprios quer para os outros que reconhecem e aceitam a sua doença. Se, pelo contrário, o diagnóstico não for aceite, dificilmente haverá adesão à terapêutica, ou seja, os que aceitam a doença consideram que a medicação é uma ajuda para uma regularização da patologia, enquanto que os que a negam consideram-na como um obstáculo. Entretanto têm que aprender a viver com a(s) sua(s) doença(s) e respetivos tratamentos desenvolvendo concomitantemente os seus próprios saberes em todo esse processo. São estes doentes os maiores consumidores de medicamentos (Britten, 2008).

Também Santos (2014) refere que a adesão pode requerer um conhecimento complexo para os idosos devido ao eventual declínio cognitivo, uma vez que têm de compreender as instruções de cada medicamento, organizar e integrá-las diariamente e em horários específicos, o que para alguns se pode tornar uma tarefa bastante difícil.

Há ainda outro fator importante relacionado com a adesão à terapêutica, como já foi referido, a relação entre técnicos de saúde e utentes dos serviços tem vindo a mudar nas últimas décadas, como referem Lumme-Sandt & Virtanen (2002), *“tradicionalmente os doentes eram tidos como objectos passivos dos quais se esperava que tomassem os medicamentos prescritos pelos médicos e entregues pelos farmacêuticos. Só nas últimas décadas e com o aumento do consumismo e cultura da saúde é que começaram a sentir-se participantes activos e independentes”* (p. 290). Atualmente a relação entre utentes e técnicos de saúde é por vezes descrita como um encontro entre *experts*, no entanto no contexto dos cuidados médicos especializados em que o tratamento é mais específico, por exemplo cirurgias, esses saberes raramente são questionados.

Várias teorias/modelos têm sido utilizadas para tentar explicar estes comportamentos e identificar os fatores determinantes dos mesmos, segundo Klein & Gonçalves (2005) os mais utilizados neste contexto são o “*modelo biomédico*” e várias “*teorias cognitivas*”. O “*modelo biomédico foca-se, principalmente nas características dos pacientes, da doença e dos profissionais de saúde*” (p. 114), tendo por base a antevisão, por parte dos profissionais de saúde, da adesão ao regime terapêutico, os quais através das características de cada doente e da doença poderão prever se irá aderir ou não. Nas “*teorias cognitivas*” recorre-se ao conceito de autoeficácia como principal preditor. Também referem outras teorias nomeadamente a “*teoria da acção racional*” de Miller, Willkoff & Hiatt, (1992) como “*tentativa de prever e determinar o grau em que os pacientes hipertensos recentemente diagnosticados iriam aderir às recomendações relativas à dieta, tabaco (...) e fármacos*” (p. 114), nesta teoria os doentes avaliam os benefícios e obstáculos da adesão tendo em conta as probabilidades da sua ocorrência, reconhecendo também “*a importância das influências sociais nos indivíduos, nomeadamente percepções acerca das expectativas de grupos de referência, normas subjectivas e grau de motivação do indivíduo para aderir a elas*” (p. 114).

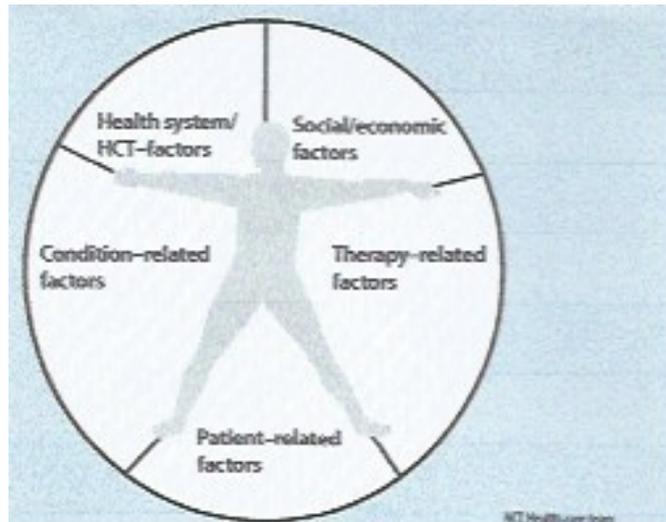
Por último Klein & Gonçalves (2005) falam do “*modelo de crenças de saúde*” o qual “*assume que a interacção entre diferentes tipos de crenças entre si influencia a adesão, bem como os comportamentos protectores/preventivos ou promotores de saúde*” (p. 114). Neste modelo segundo Conrad (1985), in Klein & Gonçalves (2005) “*as pessoas com maior probabilidade de aderir são as que se percebem a si próprias como sendo vulneráveis a uma determinada doença e acreditam que esta tem potenciais consequências graves para a saúde ou funcionamento diário*” (p.114), desta forma avaliam os benefícios do tratamento tendo em conta a prevenção da doença, cura, controlo ou alívio da sintomatologia.

No estudo efetuado por Cabral & Silva (2010), sobre a adesão à terapêutica em Portugal, referem que o nível de adesão à terapêutica depende de vários fatores, os quais interagem entre si afetando assim o paciente e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações sobre o tratamento a efetuar. Agrupam esses fatores em três grandes dimensões:

- (a) fatores demográficos, sociais e económicos (género, idade, cuidadores, nível de escolaridade, rendimento, isolamento social, meio social em que se está inserido, estrutura familiar e redes sociais de apoio);
- (b) fatores relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito (gravidade e cronicidade da doença, ausência de sintomatologia, existência de uma ou mais doenças concomitantes, capacidades cognitivas, progressão da doença e desvantagens específicas [vivência da doença], duração e complexidade do regime terapêutico efeitos secundários, automedicação, nível de instrução e conhecimento sobre a doença, atitudes e crenças pessoais sobre a eficácia dos tratamentos, influência de fatores cognitivos e emocionais);
- (c) fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde (qualidade do vínculo e de confiança com o médico [relação médico/doente] e com os cuidados de saúde em geral (pp. 4 a 9).

Também segundo a WHO (2003) a adesão é um fenómeno multidimensional que pode estar relacionado com a interligação de cinco dimensões, que dessa forma podem condicionar o comportamento e capacidade de adesão aos tratamentos (quadro 3).

QUADRO 3 – AS CINCO DIMENSÕES DA ADERÊNCIA



Estas cinco dimensões enquadram-se nas três mencionadas anteriormente;

1. Fatores relacionados com a equipa de cuidados de saúde e do sistema de saúde;
2. Fatores relacionados com o estado de saúde, como a gravidade dos sintomas, nível de incapacidade, taxa de progressão e gravidade da doença, e da disponibilidade de tratamentos eficazes;
3. Fatores relacionados com os doentes como os recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, perceções e expectativas dos mesmos;
4. Fatores relacionados com a terapêutica e complexidade do regime terapêutico;
5. Fatores sociais e económicos como a pobreza, o analfabetismo/baixo nível de educação, o desemprego, a falta de redes eficazes de apoio social, condições de vida instáveis, distância dos centros de tratamento, alto custo dos transportes, elevado custo da medicação, situações ambientais, de cultura, crenças sobre a doença e tratamento e disfunção familiar (WHO, 2003; pp. 28 a 30).

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 fatores mais ou menos ligados aos indivíduos e aos meios em que estão ou estiveram inseridos. A real percentagem de não aderentes também é difícil de contabilizar pois apesar de todos os estudos efetuados, os doentes são pouco cooperantes devido a sentimentos de culpa, baixos níveis de literacia, compreensão sobre a importância do seguimento medicamentoso, incompreensão sobre a complexidade do regime medicamentoso, pelas dificuldades económicas e pelo medo de reações negativas por parte dos médicos (Latif & McNicoll, 2009).

Neste contexto, e numa perspetiva da teoria do *habitus* de Bourdieu, o presente está diretamente ligado ao passado, o qual através das observações efetuadas e experiências vividas, irá adaptar as ações no presente, sendo por isso todo o agir do presente organizado tendo em conta todo um repertório qualitativo de comportamentos construído através de observações anteriores.

Relativamente aos fatores que contribuem para a não adesão ao regime medicamentoso a OMS (1998) *in* Hespanha (2009) refere que tendo em conta os fatores de não adesão à medicação o conceito de qualidade de vida que o idoso tem envolve a perceção do seu posicionamento na vida, nos contextos da cultura, nos sistemas de valias em que está inserido tendo em consideração os seus objetivos, perspetivas, normas e preocupações. Isto expressa que a adesão ao regime medicamentoso é parte integrante de uma mudança de vida para o indivíduo. Uma melhor qualidade de vida dará origem a um aumento da sua auto estima e, conseqüentemente confiança no tratamento prescrito (p. 2). A dimensão de cada um destes fatores não reflete a sua importância.

Como já expressei, e demonstrado por vários estudos, a percentagem de não adesão à terapêutica é bastante elevada, podendo mesmo ser mais elevada que a adesão (Donovan, 1992), de facto este elevado índice de não adesão pode ser devido, entre outros motivos, à falta de perceção por parte dos doentes como um problema. Outra das causas está interligada às crenças que advêm de experiências anteriores (quer pessoais quer das observadas noutras pessoas com a mesma medicação) e da sua cultura, estando também firmemente relacionada com o contexto económico e social em que a pessoa vive, sendo que essas crenças acerca de saúde e doença podem ser muito consistentes para o doente, mas muito diferentes da biomedicina. Também a necessidade da toma da medicação por períodos indefinidos, o que acontece na maioria das doenças crónicas, torna estes tratamentos impopulares e com menos adesão.

Além destes fatores Melo (2015) avalia a não adesão terapêutica como “não adesão involuntária” na qual o doente tem dificuldade em cumprir ou seguir o tratamento de forma inconsciente, “não adesão voluntária” na qual ele decide intencionalmente não tomar os medicamentos ou fazê-lo de forma diferente do prescrito (p.12).

Um dos aspetos mais referidos na bibliografia consultada revela que para que haja uma maior adesão aos tratamentos, é necessária uma maior envolvência do pessoal de saúde, sobretudo da parte da classe médica, devendo esta dar mais atenção aos doentes, explicar as patologias existentes, os tratamentos necessários dando ênfase à sua duração, modo de tomar, efeitos secundários, ouvindo as questões dos doentes e tendo em conta o grau de compreensão e literacia de cada um. Um acompanhamento por vezes mais minucioso e

prolongado, com consultas menos espaçadas e mais demoradas, com reforços positivos quando se verifica uma boa adesão e/ou melhora das patologias, em vez de uma postura negativista e culpabilizante quando estes aspetos não se verificam, proporcionando um melhor e maior relacionamento e confiança na dualidade médico/doente, assim como o envolvimento dos familiares ou dos prestadores de cuidados, pode fazer toda a diferença para que haja uma boa adesão à terapêutica prescrita (Gellad et al., 2011).

Relativamente à informação que os doentes têm ou necessitam, Britten (2008) menciona alguns estudos, sobre quais as fontes de informação escolhidas pelos doentes, nos quais eles referem preferir os médicos considerando-os os mais capacitados para responder às suas dúvidas uma vez que os seus conhecimentos abrangem várias áreas de saber. Neste âmbito Cox et al. (2004) e Stevenson et al. (2004), *in* Britten (2008) nos seus estudos sobre se os doentes questionavam sobre a medicação concluíram que cerca de metade dos doentes com terapêutica de longa duração inquiriam os médicos sobre a medicação, dosagem, quantidade a adquirir e duração do tratamento, relativamente aos farmacêuticos em que só menos de 40% o faziam.

Quanto aos farmacêuticos, apesar de serem uma fonte privilegiada para dar informações, raramente são solicitados para tal, havendo mesmo da parte de alguns doentes alguma resistência aos seus conselhos (Salter et al. 2007, *in* Britten, 2008).

Já num estudo de Traulsen et al. (2002), também referido por Britten (2008), os resultados foram diferentes, neste os doentes queriam mais informações dos farmacêuticos do que aquela que usualmente era fornecida, pelo que estes eram constantemente questionados pelos clientes.

Outro aspeto a referir é de que para alguns profissionais de saúde a informação dada aos doentes sobre a medicação e possibilidade de estes provocarem efeitos secundários pode ser um fator negativo para a aderência à medicação, quer pela preocupação que isso poderá causar nos doentes, quer pela possibilidade dos doentes ao terem conhecimento desses possíveis efeitos e através do poder da sugestão os possam experienciar (Britten, 2008). Este aspeto confirma-se no dia a dia em contexto de cuidados de saúde, onde são os próprios utentes a verbalizar o receio da toma de alguma medicação por “medo” de eventuais efeitos secundários, dos quais tiveram conhecimento através de informação

fornecida pelo médico, por conhecimento próprio experienciado anteriormente, por informação de outros utilizadores da mesma terapêutica e/ou por leitura das bulas.

Ainda neste âmbito o relatório de Branco & Nunes (2009) refere que no estudo efetuado sobre utilização de genéricos só 7,5% dos inquiridos, a nível nacional, tinham sido questionados pelo médico no ato da prescrição sobre eventuais dificuldades económicas para aquisição da medicação, ou seja em 92,5% dos casos a disponibilidade económica nunca foi questionada, sendo que a maior percentagem desta prática se situava no norte do país, com 11,1%, seguida pelo Alentejo com 9,3%. Na variável que apresenta a percentagem de indivíduos que não compraram os medicamentos prescritos por dificuldades económicas a situação inverteu-se apresentando o Alentejo a maior percentagem com 12,1% e o norte do país a mais baixa, com 6,2%.

No mesmo estudo no Alentejo 94,2% dos inquiridos diz saber o que é um genérico, no entanto essa percentagem é menor nos doentes crónicos. Quanto à procura de informação, este estudo demonstrou que a fonte de informação principal é a farmácia, seguida do site do INFARMED e em terceiro lugar o médico. Na farmácia informam-se sobretudo as mulheres, os com níveis de literacia mais baixos e os sem atividade profissional. No médico informam-se os sem atividade profissional e os portadores de doença crónica. O Alentejo apresenta algumas diferenças sendo a primeira fonte de informação a farmácia (53,5%), a segunda o médico (23,5%), sendo a internet a menos utilizada (8,9%). No entanto este estudo foi feito a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e por via telefónica, não especificando quais as faixas etárias por região que responderam que procuravam informação através do site do INFARMED, pelo que tendo em atenção os níveis de literacia e a média de idades nesta região (Alentejo), já apresentados, coloca-se a dúvida se esta forma de informação se ajusta à população residente nesta região.

Quando surge a doença, aguda ou crónica, as reações de cada indivíduo podem diferir do pensado e/ou sentido em situação anterior de ausência de doença (de saúde), o que torna por vezes difícil a antecipação das reações face à doença e respetivos tratamentos. Cada pessoa é um universo único o qual, apesar de todo um passado vivido e experienciado, perante uma nova situação, neste caso de doença, muitas das vezes não percecionada (total ou parcialmente) devido à

inexistência de sintomatologia, pode ter comportamentos/atitudes não previstos quer pelo próprio quer pelos que fazem parte do seu “mundo”.

“When we are sick, working is hard and learning is harder still. Illness blunts our creativity, cuts out opportunities. Unless the consequences of illness are prevented, or at least minimized, illness undermines people, and leads them into suffering, despair and poverty”. (Kofi Annan, Secretary-General of the United Nations on the occasion of the release of the Report of the Commission on Macroeconomics and Health, in London, 20 December 2001). (WHO, 2003; p. 8).

2.5 – DOS SABERES LEIGOS À POLIMEDICAÇÃO

O número de medicamentos prescritos além de ser também um fator de influência na adesão, apresenta-se em muitos casos como um problema, sendo considerado como “polimedicação” a qual tem grande prevalência nos idosos. Henriques (2011), sobre este conceito, cita vários autores e refere que apesar de não ser nem um problema, nem um conceito novo, sendo utilizado há décadas, não existe ainda uma definição universal. No meio científico, alguns consideram-na como a prescrição inadequada para a situação clínica, outros como o uso de vários medicamentos em simultâneo. Relativamente ao número de medicamentos que pode ser considerado como polimedicação, também não há consenso. Alguns autores consideram-na como o uso simultâneo de quatro ou mais medicamentos, sendo que outros a apresentam com uma classificação de acordo com o número de medicamentos prescritos concomitantemente: polimedicação *minor* (dois a quatro medicamentos), polimedicação *major* (mais do que quatro). Noutros casos “polimedicação ligeira” (dois a três medicamentos), “moderada” (quatro a cinco medicamentos) ou “grave” (mais de cinco medicamentos) (Henriques, 2011; p. 13).

Outros autores referem-na como a toma simultânea de cinco ou mais medicamentos diferentes para a mesma ou diversas patologias e em tratamento prolongado (mais de três meses). Na polimedicação é preciso ter em conta também os medicamentos de venda livre, para patologias menores e de curta duração (antigripais, expetorantes, antitússicos, laxantes, antiácidos, etc.) (Duque, 2011).

Nos idosos, devido na maioria das vezes, à coexistência de várias patologias e muitas vezes da existência de vários prescritores, além da prática por vezes simultânea de automedicação, observa-se um elevado consumo de medicamentos. Um estudo efetuado por Brandt (2006) (*Geriatric polypharmacy: unravelling the mystery*) in Henriques (2011), apurou que 12% das pessoas com 65 ou mais anos tomava pelo menos 10 medicamentos e 23% pelo menos cinco, entre 75% e 80% dos idosos tomava pelo menos um medicamento por dia. Outros estudos referidos por Henriques (2011) (Edlund, 2004 - *Medication Use and Misuse*; Frazier, 2005 - *Health Outcomes and polypharmacy in elderly individuals*) demonstraram também que são as mulheres que tomam mais medicamentos, que a prevalência aumenta com a idade e que está também associada à residência em meio rural, ao baixo nível de escolaridade e à falta de disponibilidade de consultas médicas (p. 13).

A mesma autora refere que em Portugal num estudo de Costa (2009) (*Polimedicação na população idosa portuguesa*) os idosos tomavam em média 7,3 medicamentos e 25% tomava 10 ou mais. Noutro estudo efetuado por Soares (2009) (*Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico*) os idosos tomavam permanentemente, em média 5,3 medicamentos (Henriques, 2011; p. 12).

Em muitos casos cada doente sofre de mais de uma patologia, muitas das quais crónicas o que requer uma complexidade de cuidados e terapêutica. O problema das interações medicamentosas constitui um dos temas mais importantes da farmacologia, para a prática clínica dos profissionais da saúde. O uso simultâneo de vários medicamentos, polimedicação, enquanto estratégia terapêutica, e o seu crescente número e variedade no mercado são alguns dos fatores que contribuem para aumentar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam a interferência mútua de ações farmacológicas podendo resultar em alterações dos efeitos desejados (Gellad et al., 2011; Lumme-Sandt & Virtanen, 2002 e Secoli, 2001), não só pelos efeitos nocivos que podem causar, como pela junção de outros motivos como os económicos, os efeitos secundários e aumento/anulação dos efeitos da interação entre todos eles, que podem advir da toma de muitos medicamentos. Todas estas situações, nomeadamente os possíveis efeitos adversos da toma de vários medicamentos, os custos económicos que acarretam e a eventual dificuldade que alguns idosos possam apresentar na compreensão da

forma de tomar e diferenciação entre os diversos medicamentos prescritos, pode ser uma das causas da não adesão à terapêutica.

A constante mudança na terapêutica prescrita também não é uma atitude que apresente bons resultados, pois pode, entre outros motivos, levar a uma diminuição ou mesmo falta de confiança no médico. O que se verifica atualmente com a introdução no mercado dos medicamentos genéricos é a desorientação e confusão que isso provoca, quer pela mudança no formato das caixas e dos comprimidos, quer pela semelhança entre as caixas de diferentes medicamentos mas que pertencem ao mesmo laboratório, verificando-se por vezes a duplicação de medicamentos, ou seja, além do número de fármacos prescritos ser em muitos casos considerado como polimedicação, ainda se verifica a duplicação/toma simultânea do mesmo princípio ativo (medicamento) pelo mesmo doente, o que pode acentuar os efeitos nefastos da polimedicação e dessa forma contribuir para a não adesão à terapêutica.

Além disto é de referir que por vezes surge também a automedicação, quer através de produtos de venda livre, quer através de tratamentos (mezinhas) caseiros, a maioria deles provenientes de saberes e crenças populares os quais podem ser tomados simultaneamente com a terapêutica prescrita, o que poderá ter interferência no tratamento medicamentoso.

Apesar de na maioria dos casos a confiança nos médicos ser elevada as pessoas têm tendência para duvidar dos medicamentos, o que se pode considerar um paradoxo, o qual entre os idosos poderá ser explicado pelo respeito que têm pelos médicos o qual é baseado pela dominância que a classe médica tem sobre eles sendo a sua autoridade inquestionável. Por outro lado Lume-Sandt & Virtanen (2002) fazem, também, referência aos conceitos do campo social e *habitus* de Pierre Bourdieu. Apesar das suas ideias terem sido aplicadas em campos muito diferentes, na sociologia médica têm sido pouco utilizadas, no entanto poderão explicar certos comportamentos e paradoxos observados nesta área científica.

Para Bourdieu cada indivíduo, dependendo da sua posição social, vivenciará as experiências passadas as quais estruturariam internamente a sua subjetividade, construindo uma espécie de “matriz de perceções e apreciações” a qual orientaria e elaboraria as suas ações em todas as situações futuras. Segundo ele a estruturação das práticas sociais não é um processo que se faça mecanicamente,

de fora para dentro, perante certas condições objetivas presentes num determinado espaço ou situação social, elas apresentariam características específicas da posição social de quem as produz, pois, sendo os indivíduos providos de uma subjetividade própria os seus desejos estariam previamente estruturados em relação ao momento da ação (Nogueira, 2002).

No entanto Bourdieu refere que o *habitus* não equivaleria a um conjunto inflexível de regras de comportamento, interminavelmente seguidas pelo sujeito, mas seria antes um princípio impulsionador de improvisações regradas. Ele seria constituído por um sistema de disposições gerais que teriam de ser adaptadas a cada situação específica.

Desta forma o *habitus* comporta um efeito cumulativo, isto é, permite ir incorporando o presente, integrando-o no passado ao mesmo tempo que corrige as projeções no futuro (Casanova, 1995). No âmbito da medicação e adesão/não adesão esta teoria pode ser extrapolada para vivências anteriores quer do próprio indivíduo quer dos seus pares, sobre experiências positivas ou negativas vivenciadas anteriormente e em situações semelhantes, valorizando desta forma os resultados obtidos e dessa forma condicionando as práticas presentes.

Efetivamente as experiências passadas, neste caso no uso de medicação, podem ter influência nas decisões presentes face ao uso de certos medicamentos, nomeadamente quando se trata de automedicação. Para Lopes (2007) os medicamentos prescritos pela primeira vez têm mais probabilidades de incerteza relativamente aos já anteriormente utilizados. Enquanto no primeiro caso o que está em causa é a confiança no saber do prescritor, o segundo tem por base um saber já experienciado.

Após a exposição sobre a relação com os medicamentos, seus conceitos, crenças, saberes leigos e determinantes de adesão e não adesão à terapêutica, iremos seguidamente descrever o modelo de análise e a hipótese central de investigação.

3 – MODELO DE ANÁLISE E HIPÓTESE CENTRAL DE INVESTIGAÇÃO

Como objetivo de uma investigação científica temos não só descobrir e descrever acontecimentos e fenómenos, mas também explicar e compreender de que forma esses fenómenos acontecem (Jesuino, em Silva e Pinto, 2009; p. 215). Desta forma o início de uma investigação científica tem por base a identificação de uma determinada questão. A identificação do problema, resulta de um facto social, que pode ser estudado como objetivo tendo como finalidade a perceção e conhecimento do mesmo. Desta forma o estímulo gerado face ao conhecimento do ser humano perante um determinado fenómeno, poderá ser, segundo alguns autores, algo subjetivo, no entanto para o investigador é algo objetivo.

Baseando-nos nesse objetivo o intuito é a pesquisa e elaboração de novos conhecimentos e/ou a demonstração ou confirmação de outros, pelo que quanto melhores as respostas e conclusões que daí derivarem mais pertinente se torna o problema.

Para Silva & Pinto (2009) o conhecimento não é um estado, mas sim um processo de adaptação dinâmica e construtiva do homem ao meio circundante, envolvendo a articulação entre a prática e o pensamento, vivências e representações simbólicas, sendo que a ciência, como modo de conhecimento, é uma interpretação intelectualmente construída da realidade. Desta forma o objetivo das ciências, neste caso das ciências sociais, é a explicação dos fenómenos de forma a torna-los compreensíveis. Com este intuito a ciência começa por definir os problemas passíveis de resolução através da pesquisa, a qual elabora e testa conjuntos de conceitos e relações entre eles, as teorias, as quais após sucessivas provas de validação nos permitem a obtenção resultados credíveis. Para o estudo dos grupos há princípios essenciais em que o método a utilizar é fator de grande relevância, sendo por isso necessário a escolha do mais correto, tendo por base os comportamentos e as consciências individuais, os quais são socialmente condicionados, pelo que a análise deve incorporar também a observação e os testemunhos empíricos. Segundo estes autores as explicações só são científicas se testáveis e conseqüentemente discutíveis. A compatibilidade com outras teorias tem de ser adequada ao modelo lógico-

matemático de compreensibilidade e racionalidade com as outras teorias. A sistematicidade, ou seja, o rigor e coerência interna, a exaustividade da explicação proposta, as possibilidades heurísticas apresentadas, a operacionalidade na elaboração e interpretação dos dados são essenciais para a funcionalidade e produção de previsões verificáveis (Silva & Pinto, 2009; p. 12).

Os homens são seres sociais e o social é irreduzível ao individual, pelo que os comportamentos se desenrolam em práticas materiais e representativas, relações com a natureza e com os outros homens, no campo de ação de diferentes grupos desde o familiar até a organizações mais amplas, as sociedades. Estas práticas originam instituições, formas de comportamento que se sucedem e se repetem ao longo do tempo dando origem a novas realidades, que por um lado produzem factos com propriedades estruturais próprias e por outro influenciam a produção dos hábitos que os originam e reproduzem (Silva & Pinto, 2009; p. 13).

Foram várias as teorias concebidas sobre a investigação em ciências sociais, uma das quais refere que o seu estudo se baseava erroneamente em realidades distintas, ou setores distintos e compartimentados da realidade. Atualmente, e segundo Marcel Mauss (1920-30) *in* Silva & Pinto (2009), o conceito a que atualmente se recorre é o de “fenómeno social total” que estabelece dois princípios: qualquer facto que aconteça em sociedades arcaicas ou modernas, é sempre complexo e pluridimensional, uma vez que pode ser compreendido a partir de ângulos diferenciados, salientando cada um deles apenas algumas dimensões. Assim todo o comportamento remete, e só se torna perceptível, dentro de um conjunto, isto é, “*constelações compósitas de recursos, representações, acções e instituições sociais intervêm nas mais elementares relações entre as pessoas*” (p. 17).

Desta forma, a análise sociológica pesquisa as diferentes formas de como os comportamentos dos homens são influenciados pelas inter-relações existentes ao nível dos grupos e organizações em que estão inseridos e cujas características elas próprias originam e reproduzem, como a família e o meio social. Consequentemente os fundamentos de ação, dos modos de socialização e sociabilidade, de estratificação, dos movimentos de inclusão, conflito e mudança

são problemas centrais para a sociologia, uma vez que não há comportamento nenhum que não seja influenciado pelos grupos em que os indivíduos estão inseridos (Silva & Pinto, 2009; p. 21).

Para Durkheim, *in* Silva & Pinto (2009), “*o homem não pode viver no meio das coisas sem fazer delas ideias segundo as quais regula o seu comportamento*”, “*produtos de experiência vulgar*”, estes conceitos têm como objetivo conciliar os nossos comportamentos em harmonia com o mundo que nos rodeia, sendo constituídos pela prática e para ela (Silva & Pinto, 2009; p. 29). Logo cabe ao investigador contrariar as interpretações vulgares, esclarecendo rigorosamente os seus conceitos e subordinando as suas hipóteses à fundamentação empírica.

Considerando o facto de querermos investigar, do ponto de vista sociológico, o fenómeno da adesão ou não ao regime terapêutico a intensão é percebermos as racionalidades sociais que conduzem os sujeitos participantes neste estudo a aderir ou não, a determinado regime. Segundo Quivy (1998) a justificação de um fenómeno social deve-se principalmente à relevância que os indivíduos atribuem aos seus atos, sendo necessário considerar as opiniões pessoais e investigar os saberes práticos e as experiências que pautam os comportamentos. Os comportamentos humanos são determinados e infundidos, conscientemente ou não, por um conjunto de interpretações mentais, fora das quais não podem ser compreendidas.

Além disto os factos humanos são sempre factos interpretados, o que os distingue dos acontecimentos físicos, sendo que a perceção dos atores é o elemento essencial do mundo social. Consequentemente subsistem três níveis que podem obstar ao conhecimento científico sobre o social: o nível das interpretações mais “imediatas”, mais “espontâneas” sobre a realidade – o *senso comum* ou conhecimento prático; o das conceções mais elaboradas, enquadradas em *formações ideológico-doutrinárias* concretas e as *ramificações* de ambas no interior de disciplinas científicas consistentes. Perante estes pressupostos o conhecimento atual, as performances ideológicas e mesmo as teorias científicas continuam a revelar-se incertas, relativamente às relações entre natureza e cultura, entre indivíduo e sociedade e entre o “eu” e o “outro” (Silva & Pinto, 2009; pp. 31-32).

A sociologia, assim como outras ciências sociais como a economia e a psicologia, tendo por base certas perspectivas teóricas distintas, constrói objetos científicos distintos. Para cada ciência social estas perspectivas diferenciam-se de forma específica, perante a realidade que lhe é própria, sendo por isso necessário elaborar o seu próprio conjunto estruturado de questões (a sua problemática teórica), definindo o seu objeto científico; determinar um certo número de problemas de investigação centrais no contexto dessa problemática e elaborando conjuntos de princípios, teorias, estratégias metodológicas e resultados essenciais, que servem de modelo ou quadro orientador às pesquisas concebidas na sua área, os paradigmas (Silva & Pinto, 2009; p. 18).

Desta forma e decorrente dos pressupostos descritos e da análise apresentada na revisão da literatura, o “abandono de medicação entre os idosos” apresenta-se como o objeto empírico central de observação. Logo o enfoque analítico centra-se nos “fatores de abandono de medicação”, sendo constituído como **objeto teórico central** desta investigação.

Em face da questão referida no ponto anterior, desenvolvemos um estudo de cariz sociológico, com o **objetivo geral** de: “Explorar os fatores 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”. Especificamente, visamos alcançar os seguintes **objetivos específicos**: 1 - identificar e caracterizar razões/motivações/determinantes para o abandono de medicação entre a população idosa; 2 - determinar a diversidade subjacente aos padrões de abandono, tipo de medicamento, contexto, motivações; 3 - identificar e compreender os principais fatores de variabilidade do abandono, em função dos fatores sociodemográficos, designadamente género, local de residência, grau de escolaridade e idade.

Com a progressão da pesquisa bibliográfica foi-se delineando a problemática central, a qual centramos em torno do abandono da medicação prescrita, mais ou menos prevalente, sendo por isso necessário determinar quais as crenças, concepções e conceitos de saúde/doença e medicação que propiciam esses comportamentos de abandono da medicação prescrita, nomeadamente no âmbito

das perceções leigas, as quais através de vivências e/ou experiências já vivenciadas caracterizam e orientam esses comportamentos.

Neste contexto determinaremos a **hipótese central** de trabalho, “Há fatores sociodemográficos que interferem no abandono da medicação, nomeadamente, género, idade, escolaridade e contexto de residência – rural e urbano. Por outro lado, ao nível mais estrutural as conceções de saúde e os níveis de informação também se constituem como variáveis do abandono”. Esta hipótese surge após a sistematização das dimensões e categorias analíticas investigadas.

Para a constituição desta hipótese é necessário referenciar a importância dos contactos leigos com os sistemas periciais e a sociedade em que se inserem, uma vez que é nestes espaços que se apresentam as lógicas e racionalidades do abandono da medicação.

Como **variáveis dependentes** no quadro da hipótese central temos “as práticas de abandono, as diferentes modalidades de abandono e as suas motivações” .

Quanto às **variáveis independentes** são constituídas pelos “contextos sócio culturais em que os indivíduos estão inseridos, escolaridade e pelos perfis de saúde”.

A idade, patologias existentes, sua vivência e características, assim como os contextos sócio culturais de inserção são fatores que interferem com atitudes e comportamentos face à medicação, pelo que as desigualdades existentes e dependentes destas variáveis são passíveis de determinar o grau de adesão à medicação.

Esta formulação abreviada da hipótese central é só o início de um maior aprofundamento analítico que através da sua progressão fará com que surjam outros fundamentos de complexidade sociológica que tornarão possível desenvolver as interdependências sociais do objeto em estudo.

Seguidamente e como capítulo final da parte I desta tese, será apresentada a metodologia de estudo utilizada.

4 – METODOLOGIA DO ESTUDO

A escolha da metodologia a utilizar para que seja possível a operacionalização do trabalho de campo, é fundamental para a consolidação da dialética teórico-empírica de qualquer investigação, pois nela se consolidam e legitimam cientificamente os resultados obtidos. É através desta escolha e dessa dialética que se identificam as condições epistemológicas da legitimação científica de um projeto, assim como a validade dos seus resultados. É todo um processo que se inicia num horizonte empírico e se vai alterando durante toda uma trajetória de reflexão e construção teórica tendo por base o objetivo da investigação assim como a sua problematização.

Na investigação científica em certa fase do seu desenvolvimento, e tendo por base os conhecimentos adquiridos, é necessário a escolha do método de investigação a utilizar, o qual é condicionado pelos conhecimentos e influencia dessa forma as opções possíveis. À teoria é atribuído o papel de comando de todo o trabalho científico, que se traduz na articulação entre os diferentes momentos, ela define o objeto de análise, concede à investigação orientação e significado, constrói as competências elucidativas e define os limites. As ciências são um conjunto de resultados, mas o percurso para a sua obtenção tem de ser elaborado como uma prática social, específica e objetiva, sendo o primeiro momento o da perscrutação, do questionamento de certas proporções dos factos (Silva & Pinto, 2009; p. 62).

Para António Firmino da Costa, *in* Silva & Pinto (2009), o percurso de pesquisa pode ser agrupado em quatro fases: I) a preparação da pesquisa, II) a recolha de informação, III) o registo da informação e IV) a análise da informação. Estas fases têm implícita uma certa sequência das componentes no processo de pesquisa, no entanto este processo inclui uma constante repetição de cada uma das fases relativamente às outras.

Todo o processo de pesquisa é um processo social o qual tem de ter em conta as consequências provocadas no terreno pela presença do investigador, o que significa que desde o momento da preparação, a metodologia da pesquisa necessita ser pensada em conexão com a teoria do objeto de estudo, com uma teoria do investigador, enquanto sujeito social, e com a teoria das relações entre

investigador e investigado no percurso do processo de pesquisa. É de salientar que à medida que se vão recolhendo os dados o investigador necessita de ir procedendo a uma classificação e interpretação dos mesmos, o que não significa que no final não seja efetuada uma análise mais profunda e sistemática, para obtenção de dados precisos sobre as questões pesquisadas (Silva & Pinto, 2009; pp. 143-144).

A recolha de dados e a observação empírica, segundo Wagner, *in* Ferreira (2013) são uma resposta adequada às dúvidas conceituais e epistemológicas colocadas pela sociologia acerca da capacidade de ocasionar conhecimento inequívoco sobre o social.

A observação organizada dos factos sociais tem, segundo Silva & Pinto (2009), como objetivo preciso demonstrar afirmações e interpretações temporariamente aceites sobre a sua configuração e funcionamento. A elaboração de procedimentos uniformizados de recolha de informação sobre a realidade, contribui preponderantemente no processo de observação sociológica.

Silva & Pinto (2009) mencionam que, cada formação científica indica um conjunto estruturado de questões – a *problemática teórica* – que circunscreve zonas de visibilidade. Esta problemática explica e acolhe problemas de investigação, para os quais se procuram respostas. Os meios para a sua obtenção dependem de todo um conjunto de disponibilidades conceptuais – as *teorias* - que se foram concebendo, assim como dos instrumentos de recolha e tratamento de dados, estruturados pelos métodos, enquanto compilação temporária dos caminhos analisadores da investigação.

Todo o processo, iniciado desde o primeiro momento de elaboração de um trabalho de investigação, vai sendo elaborado e efetuado progressivamente, sendo reajustado consoante a trajetória de observação teórica do objeto em estudo e da sua problematização. Desta forma vão sendo necessárias reformulações da matriz inicial, à medida em que nos inserimos na realidade empírica e nos vão surgindo novos contextos, que nos solicitam instrumentos concetuais e analíticos não previstos inicialmente.

Há por isso todo um trabalho progressivo o qual, ao longo do seu decurso, pode requerer reformulações da matriz inicial, sem as quais se corre o risco de teorizações desprovidas de contextualidade.

Neste projeto também foram necessários diversos reajustamentos para que fosse possível legitimar as estratégias metodológicas a realizar.

4.1 – AMOSTRA DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no concelho de Évora, inicialmente previa-se uma abordagem mais alargada, no Alto Alentejo (Portugal), no entanto devido a alguns imprevistos, foi abrangida exclusivamente esta área geográfica. A escolha desta região, e após pesquisa bibliográfica (INE, 2010, 2012, 2013; PNUD, 2014; Pordata, 2015), deveu-se à sua especificidade, comparativamente às outras regiões de Portugal, em vários aspetos relacionados com a sua população, nomeadamente: maior abrandamento do crescimento demográfico; menor densidade populacional; maior índice de envelhecimento e de longevidade¹⁰; maior taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos; maior taxa no índice de dependência de pessoas idosas; maior taxa de analfabetismo; menor índice de sustentabilidade potencial¹¹; 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 mil 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 mil habitantes; em 2008 era a região onde menos se recorria a medicina privada sendo uma das regiões onde era mais comum a automedicação (Cabral & Silva, 2009).

A amostra foi constituída por utentes com 65 anos e mais; que frequentavam os serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde e farmácias das localidades, sem alterações cognitivas que limitassem a sua compreensão e não institucionalizados.

¹⁰ Ver capítulo 1.

¹¹ Índice de sustentabilidade potencial é a relação entre a população em idade ativa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (Pordata, 2016).

4.2 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Neste capítulo iremos apresentar os instrumentos de recolha de dados utilizados durante o percurso de delineação e execução deste trabalho. Neste âmbito iremos descrever todo o percurso metodológico efetuado.

Para cada tipo de investigação empírica¹² é necessário um projeto de pesquisa implícito, se não mesmo explícito. Este projeto decorre de uma sequência lógica, que junta os dados empíricos às questões iniciais do estudo, e eventualmente às suas conclusões. Outra forma de equacionar um projeto é como um “esquema” de pesquisa abordando pelo menos, quatro problemas: questões a estudar, quais os dados que são relevantes, que dados devem ser recolhidos e como analisar os resultados (Yin, 2003; p. 41).

Para que haja uma investigação empírica é necessária uma recolha de dados, sendo as informações obtidas (na forma de observações ou medidas) através de elementos recolhidos de uma ou mais variáveis, proporcionadas normalmente por um conjunto de entidades. Segundo Hill & Hill (2012) no que respeita às ciências sociais estas entidades são designadas por “casos” da investigação, os quais podem ser pessoas individuais, famílias, empresas, concelhos ou outro género de entidade do qual o investigador deseja obter conclusões através da informação adquirida. Desta forma “o conjunto de casos sobre os quais se pretende retirar conclusões” é referido como *Universo* ou *População* (Hill & Hill, 2012; p. 41).

Em muitos casos o investigador não tem possibilidade de recolher e analisar dados para cada um dos casos do Universo, só sendo possível observar uma parte dos casos desse Universo, esta parte é designada de *amostra do Universo*. Desta forma o investigador analisa, tira conclusões da amostra e extrapola para o Universo (Hill & Hill, 2012; p. 42).

Para a realização deste estudo e tendo por base os objetivos que nos propusemos alcançar, realizamos um estudo de caso¹³ explanatório¹⁴, em que foram

¹² Uma investigação empírica é aquela em que se fazem observações para melhor compreender o fenómeno a estudar. Tanto as ciências naturais como as sociais têm por base este tipo de investigação uma vez que as observações efetuadas podem ser utilizadas para a construção de explicações ou teorias mais adequadas (Hill & Hill, 2012).

¹³ Segundo Yin (2003) o estudo de caso é a estratégia utilizada para analisar acontecimentos contemporâneos e quando não se podem manipular comportamentos relevantes (p. 27).

recolhidos dados de natureza quantitativa, a partir de diferentes tipos de amostra, 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*”, Jick (1979) citado por Rodrigues (*in* Lopes, 2010; p. 267). A combinação de vários métodos no mesmo estudo tem várias denominações, o utilizado neste estudo e segundo Denzin (1978) citado também por Rodrigues (*in* Lopes, 2010), é denominado como *triangulação de amostras* a qual “*tem a ver com a recolha de dados através de diferentes fontes de informação, o que pode permitir obter e comparar a informação de grupos ou contextos diferentes*” (p. 268).

Apesar de terem sido recolhidos dados de diversas fontes de informação, utentes das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das farmácias, a técnica utilizada foi a aplicação de dois questionários, um aplicado pela investigadora aos utentes das USF em Évora e algumas extensões rurais, outro aplicado nas farmácias de Évora e algumas aldeias e vilas do concelho pelos farmacêuticos¹⁵, sendo o tipo de amostra acidental. Os dados obtidos deram-nos uma panorâmica dos consumos terapêuticos e da expressão do seu abandono, ou não, das prescrições médicas, entre outras variáveis pesquisadas.

Este método de carácter padronizado e fechado permitiu uma extensa recolha de dados assim como a comparação de respostas, o encontrar de regularidades sociais e evidenciar relações entre variáveis.

A recolha de informação foi feita inicialmente através de conversas exploratórias e informais com os profissionais das farmácias, para perscrutar em primeiro lugar da sua disponibilidade para a colaboração neste estudo e quais as suas perceções sobre o tema em estudo, o abandono da medicação pelos idosos. Posteriormente foram contactados oficialmente, para colaboração nesta investigação¹⁶.

Esta recolha de informação também foi efetuada através de observação e comunicação direta (por parte da investigadora) da população pertencente à

¹⁴ Um estudo de caso explanatório tem o objetivo de explicar as relações de causa e efeito a partir de uma teoria (Pedron, 2008).

¹⁵ Será efetuada uma descrição mais pormenorizada ainda neste capítulo.

¹⁶ Será efetuada uma descrição mais pormenorizada no seguimento deste capítulo.

faixa etária previamente estabelecida, sobre os comportamentos e concepções verbalizados sobre a medicação prescrita e o eventual abandono da mesma.

Neste âmbito aplica-se a apreciação de António Firmino da Costa, *in* Silva & Pinto (2009), a qual refere que o método de pesquisa no terreno (que inclui a aplicação de questionários) pressupõe a *presença prolongada* do investigador nos contextos sociais em estudo e o *contato direto* com as pessoas e situações (p. 129).

A utilização do questionário neste estudo como técnica de recolha de dados deveu-se à especificidade do tipo de informação pretendida, implicando uma construção pré-definida o que lhe confere um rigor que exige uma elaboração prévia e minuciosa da informação a recolher (Lopes, 2003; p. 116). Desta forma obtêm-se informações de natureza mais uniformizada e quantificável. Este meio de recolha de informação apresenta-se como uma técnica adequada para estudos extensos assim como uma técnica frutífera na exploração dos fenómenos. Segundo vários autores (Lima, “n.d” ; Sampaio, “n.d” ; Silva & Pinto, 2009) esta técnica de recolha de dados é a utilizada mais frequentemente nas ciências sociais.

Para Morris Zelditch, *in* Silva & Pinto (2009) a utilização do questionário é a técnica mais aconselhável para a obtenção de informação sobre distribuições e frequências.

Também, segundo Silva & Pinto (2009), a utilização do inquérito por questionário demonstra-se como bastante eficaz devido à sua eficiência na obtenção de informação de um número limitado de pessoas, o qual através das técnicas de amostragem, se apresenta como estatisticamente representativo de um conjunto mais amplo. Desta forma o inquérito por questionário, utilizado maioritariamente em grande parte de estudos efetuados, “*é a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral*” (p. 167).

Todo o processo de pesquisa se traduz no ato de perguntar, sendo este pressuposto válido para todos os questionários científicos, pelo que todas as regras metodológicas têm como objetivo único o modo de obtenção de respostas. Isto obriga a saber fazer perguntas e identificar os elementos integrantes das respostas. É por isso necessário saber quais as informações que “não são

obtidas” ou qual o seu sentido, pelo que perguntas eficazes, assim como um contexto de interação bem-sucedido, podem proporcionar a clarificação das respostas (Silva & Pinto, 2009; p.165; p. 173).

Este método de pesquisa possibilita a obtenção de dados através de um conjunto de questões destinadas a perscrutar a opinião dos inquiridos. As perguntas podem ser fechadas o que não permite qualquer maleabilidade nas respostas, tendo como vantagem direcionar as respostas para categorias fáceis de interpretar, como inconveniente temos a impossibilidade de outras respostas não inseridas no questionário e passíveis de ser mais apropriadas às perceções dos inquiridos. No entanto o apuramento de resultados é mais fácil, tendo como contrapartida a possível pobreza das informações obtidas (Silva & Pinto, 2009).

Podem ser perguntas abertas as quais permitem uma maior amplitude de respostas de maneira livre e pessoal, tendo como desvantagem a possibilidade de respostas imprecisas e/ou contraditórias, o que torna a sua análise difícil devido à multiplicidade de respostas possíveis. Neste caso obtém-se grande profusão e riqueza de informação, mas torna-se muito mais difícil o tratamento de dados devido à variedade de respostas obtidas (Silva & Pinto, 2009).

Pode-se fazer também a conjugação dos dois tipos de perguntas, que combina as vantagens e reduz os inconvenientes dos dois tipos anteriores, neste caso as questões são fechadas, mas dá-se a possibilidade de haver respostas livres. Desta forma há facilidade e rapidez no apuramento de dados e mais informação, uma vez que é dada a possibilidade de uma justificação diferente das apresentadas e mais adaptada aos sentimentos do inquirido (Silva & Pinto, 2009).

Outra condicionante da utilização deste método, segundo Lima (“ n.d ”) e António Firmino da Costa, *in* Silva & Pinto (2009), é a interação entre inquiridor e inquirido havendo vários fatores que poderão interferir nas respostas dadas, como os *mecanismos inconscientes de defesa* (fuga, racionalização, identificação, esquecimento seletivo, entre outros), assim como a dissimulação da verdade relativamente a problemas constrangedores (sexuais, religiosos, económicos, etc.), nas respostas de cortesia para agradar ao entrevistador e na falta de atenção nas respostas (p. 571).

Ainda neste âmbito da inter-relação entre inquiridor e inquiridos, Silva & Pinto (2009) colocam várias condicionantes, como a necessidade por parte do

inquiridor de conquistar a cooperação do inquirido, evitando o envolvimento pessoal do inquiridor por forma a não induzir ou distorcer as respostas, obtendo dessa forma a informação desejada apesar da possibilidade da existência de certos obstáculos decorrentes do facto de o questionário ser um processo de interação social. Estes obstáculos podem dever-se por um lado, ao possível envolvimento do investigador e à sua capacidade de conceber um relato fidedigno da realidade que se pretende configurar, com as respostas obtidas e sobre as quais temos hipóteses que tentamos validar, por outro deve-se ao facto da entrevista, para preenchimento do questionário, ser geradora de sentimentos ambivalentes, os quais não são possíveis de prever e que estão relacionados com a representação que o inquirido constrói sobre essa situação (questionário) e as respostas dadas, as quais podem ser observadas como um efeito de desvio entre a resposta dada e a que corresponde à “*verdadeira situação, ao real comportamento e à efetiva opinião*” do inquirido. Esta expressão pode ser indicativa da “*verdade dos inquiridos*”, que por um lado apresenta as declarações prestadas no âmbito do questionário e por outro aos atos e pensamentos correspondentes às reais demonstrações daquilo que os inquiridos são na realidade (pp. 188-189).

Outro aspeto, referido por António Firmino da Costa, em Silva & Pinto (2009), e relacionado com o investigador, como principal instrumento de pesquisa, é a questão da inserção do investigador num determinado contexto social e o estabelecimento de inter-relações com os membros componentes desse contexto. Além disso as características do próprio investigador e os conhecimentos do mesmo em relação ao contexto social que pertence estudar, são fatores relevantes para a concretização da investigação.

Outras vertentes neste processo de pesquisa são a familiarização do investigador no contexto social que pretende estudar, para a obtenção da colaboração necessária para o seu estudo e o distanciamento, necessário para a análise dos dados obtidos. Estes pressupostos são aplicados por António Firmino da Costa a pesquisas efetuadas no terreno (observação direta e participante, entre outras), onde a permanência é muitas vezes prolongada, mas também aplicável à investigação por questionário, neste caso aplicado diretamente pela investigadora, nos locais de residência e/ou unidades de saúde, o que implica também uma certa permanência no terreno, assim como o conhecimento quer da

população em estudo, quer do tema de pesquisa. Este autor, relativamente ao distanciamento científico necessário nestas pesquisas, menciona Pierre Bourdieu que diz que “*o conhecimento das condições de conhecimento*” e a “*objectivação da relação objectiva e subjectiva*” do investigador com o objeto, fazem parte do esforço de distanciamento científico através do qual se processa a estratégia metodológica da pesquisa no terreno (Silva & Pinto; p. 148).

Ainda neste âmbito a aplicação do questionário, quando efetuado de forma direta, pressupõe uma relação de entrevista cara a cara, pelo que, mais uma vez, é exigido ao entrevistador a obtenção da cooperação do entrevistado, evitando o envolvimento pessoal com a possível consequência de sugestão e indução de respostas (Ferreira *in* Silva & Pinto, 2009; p. 188).

Relativamente às técnicas de recolha de informação, e para António Firmino da Costa *in* Silva & Pinto (2009), o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador, o qual observa os locais, objetos e símbolos, as pessoas, os comportamentos, as maneiras de estar, fazer e dizer, as interações verbais, participando no quotidiano desses contextos e dessas pessoas. Todo este percurso é feito de forma continuada, às vezes ao longo de vários anos (p. 132). Como principal instrumento de pesquisa, o investigador é o responsável pelos aspetos determinantes da investigação, sendo na maioria dos casos o responsável pela aplicação da(s) técnica(s) escolhida(s). Também a eventual adaptabilidade da(s) técnica(s) aplicada(s) e o provável prolongado trabalho de campo exigem geralmente um conhecimento teórico profundo e uma consistente preparação metodológica (p. 133).

Outro aspeto referenciado por este autor é relativamente à informalidade a qual é citada como uma técnica privilegiada, que pressupõe um comportamento de adaptação mútua que possibilita minimizar os aspetos negativos, como uma inflexibilidade nos papéis de observador/inquiridor e observado/inquirido, possibilitando dessa forma uma maior interação entre os participantes.

Estas questões foram superadas nesta investigação, uma vez que o conhecimento do tema em estudo e o conhecimento pré-existente entre investigadora e inquiridos permitiu, uma maior colaboração e disponibilidade de todos os intervenientes, não tendo interferido na avaliação feita dos dados obtidos.

Também para Virgínia Ferreira, *in* Silva & Pinto (2009), este método de recolha de dados (o questionário) apresenta várias limitações relativamente ao seu valor intrínseco enquanto técnica de investigação empírica, no entanto devido ao seu cariz quantitativo e à sua capacidade de “*objectivar*” a informação, é-lhe atribuído um estatuto de excelência e capacidade científica no aspeto de uma sociedade e de uma ciência (a sociologia) dominadas pela lógica formal e burocrático-racional, mais adequada à captação dos aspetos determináveis dos fenómenos (pp. 167-168).

Sampaio (“n.d”) ao referir-se às vantagens e desvantagens da utilização do questionário menciona João Ferreira de Almeida (1994), o qual apresenta como vantagens:

- 1) *tornar possível a recolha de informação sobre grande número de indivíduos.*
- 2) *permitir comparações precisas entre as respostas dos inquiridos.*
- 3) *possibilitar a generalização dos resultados da amostra à totalidade da população (quadro).*

Como limites:

- 1) *o material recolhido pode ser superficial. A padronização das perguntas não permite captar diferenças de opinião significativas ou subtis entre os inquiridos.*
- 2) *as respostas podem dizer respeito mais ao que as pessoas dizem que pensam do que ao que efetivamente pensam (quadro).*

Todas estas questões foram ponderadas e analisadas durante a elaboração deste trabalho, tendo-se selecionado este método de recolha de informação, pois apesar das limitações que ele apresenta, as vantagens sobrepuseram-se às desvantagens, tendo os questionários elaborados sido compostos de perguntas fechadas e abertas, para que dessa forma se obtivesse uma maior diversidade e profundidade nos dados obtidos, minimizando dessa forma as desvantagens da utilização de um só tipo de questões e reforçando as vantagens de cada uma.

Desta forma foram elaborados dois questionários, um para aplicação aos utentes das USF (em Évora e algumas extensões rurais), Questionários Utentes (anexo 1) e outro para aplicação aos utentes que se deslocavam às farmácias (em Évora e algumas extensões rurais) para adquirir a medicação prescrita, Questionário Farmácias (anexo 2). Ambos os questionários eram anónimos.

O questionário aplicado nas USF teve com objetivos a caracterização socio demográfica da população em estudo, as suas conceções sobre saúde/doença, cuidados com a saúde, patologias existentes e sua durabilidade, medicação prescrita, medicação tomada e abandonada e quais os motivos apresentados para a prática do abandono, assim como o tipo de abandono existente (parcial ou total). Foi também pesquisada a relação com os farmacêuticos e a utilização, ou não, de consumos terapêuticos alternativos, como consumo de medicamentos de venda livre/não sujeitos a receita médica. O consumo de tratamentos caseiros (mezinhas) foi outro parâmetro pesquisado. Com este questionário pretendeu-se avaliar toda uma trajetória de vivência, conceitos e comportamentos de saúde/doença, e fazer a interligação entre estes e os diferentes contextos da população inquirida.

Com o questionário das farmácias, aplicado também em Évora, quatro aldeias e duas vilas do concelho, pretendeu-se investigar quais os medicamentos prescritos, a origem das receitas médicas, quais os medicamentos adquiridos e quais os não aviados assim como os motivos para o não avio dos medicamentos prescritos. Foi também efetuada a caracterização dos inquiridos (sexo, idade e local de residência), assim como a inter-relação entre os inquiridos e os profissionais das farmácias. Os objetivos deste questionário foram a obtenção de dados sobre os medicamentos receitados e qual a sua origem (médico de família, médico particular e/ou especialista e receitas do hospital), quais os medicamentos aviados e não aviados e os motivos do não avio. Pretendeu-se também, assim como no questionário das USF, avaliar a relação utente/profissional da farmácia e efetuar a correlação destes parâmetros com as diversas características (sexo, idade e local de residência) dos inquiridos.

4.3 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após a explanação do método de recolha de dados utilizado neste estudo ir-se-á apresentar o trabalho efetuado no terreno assim como as considerações éticas utilizadas durante o percurso de delineação e execução deste trabalho. Serão

também abordadas as questões éticas inerentes a este tipo de investigação científica.

Antes da aplicação dos questionários das USF foi efetuada uma reunião com cada um dos coordenadores das cinco USF existentes em Évora a solicitar autorização para a aplicação dos questionários nas USF e respetivas extensões rurais, tendo sido apresentada a investigação em curso, os seus objetivos e a necessidade de obtenção de dados em diversos locais, quer em Évora, quer em algumas extensões rurais, para que a concretização do estudo fosse possível. Todos eles deram aval positivo.

Relativamente aos questionários a aplicar nas farmácias, foi feito inicialmente um levantamento de todas as farmácias existentes em Évora, tendo a investigadora posteriormente contactado pessoalmente os responsáveis de cada uma das farmácias (entre 10 e 13 de Março de 2015). Nas farmácias foi-lhes também descrita a investigação em curso, entregue um pequeno resumo do estudo (anexo 3) e explicado o que se pretendia obter com sua colaboração, foi também entregue um questionário para que pudessem verificar que a sua aplicação não consumiria muito tempo.

Das 14 farmácias existentes em Évora só uma não mostrou disponibilidade para colaborar, pelo que em 17 de Março de 2015 foram entregues os questionários nas 13 farmácias que demonstraram receptividade para colaborar neste estudo. O tempo previsto para a sua aplicação era inicialmente de um mês, mas devido a vários imprevistos só foram recolhidos a 26 de Maio de 2015. Foram entregues, no total, 400 questionários dos quais 12 foram rejeitados por incorreções e 52 não foram preenchidos, tendo-se conseguido uma amostra de 336 questionários válidos.

Algumas destas farmácias fornecem os medicamentos a várias aldeias e vilas do concelho que não possuem farmácia, pelo que além dos residentes em Évora também foram aplicados estes questionários em seis extensões rurais (duas vilas e quatro aldeias). Os questionários das farmácias foram aplicados pelos farmacêuticos e seus colaboradores, de serviço na altura em que os clientes se deslocavam à farmácia e consoante a sua disponibilidade (quer dos utentes, quer

destes profissionais), pelo que só era pedida ao cliente a sua colaboração para responder às perguntas.

Foram apurados nas farmácias: Questionários de Évora n=229 (68,2%), aldeias n=82 (24,4%) e vilas n=25 (7,4%).

Entre o dia em que foram entregues os questionários e o dia em que foram recolhidos foram efetuados vários contactos, presenciais ou telefónicos, com os responsáveis das farmácias para esclarecimento de dúvidas, verificação do correto preenchimento dos questionários e em alguns casos para entrega de mais exemplares. Inicialmente foram disponibilizados vinte questionários para cada farmácia em Évora e dez para cada extensão rural, o que em alguns casos não foi o suficiente.

Os questionários das USF, e tendo em atenção o baixo grau de literacia da população em estudo assim como as idades dos inquiridos, foram aplicados de forma direta pela investigadora, após um pré teste a seis utentes, entre 6 Abril e 17 Junho 2015, num total de 202 questionários. Estes foram aplicados em Évora (n=100) e sete aldeias pertencentes ao concelho (n=102). Antes da aplicação destes questionários era efetuada uma breve apresentação da investigadora tendo sido explicados os objetivos do questionário (para fins académicos) tendo em conta o estudo que estava a ser efetuado.

Em Évora foram abordados utentes das cinco USF existentes, no dia em que a investigadora lá se deslocava. Relativamente aos utentes residentes nas aldeias foram inicialmente abordados pela enfermeira que assegura a prestação de cuidados nessas extensões rurais, nos dias em que ela lá se deslocava e a todos os que nesse dia recorriam a esse posto de saúde, sendo exposto o objetivo do estudo e pedida a sua colaboração para responderem aos questionários. Posteriormente, os que aceitaram colaborar foram contactados telefonicamente pela investigadora para marcar o dia e local para aplicação dos questionários, também aqui se verificou grande colaboração dos inquiridos. Maioritariamente os questionários foram aplicados nas USF, quer em Évora quer nas aldeias, no entanto houve alguns casos em que foram aplicados no domicílio dos utentes (dois questionários em Évora e utentes de duas aldeias). Esta diversidade do local de aplicação dos questionários deveu-se à disponibilidade demonstrada pelos inquiridos. Alguns residentes nas aldeias foram inquiridos nas USF, em

Évora, quando lá se deslocavam quer para consultas, quer para tratamentos. Sempre que foi possível, nas aldeias, foi solicitado aos utentes que levassem todos os medicamentos que tinham em casa, quer estivessem a tomar, ou não. Em Évora como os questionários foram aplicados nas USF, sem pré-conhecimento dos utentes, recorreu-se ao sistema informático (SCLínico) para complementar as respostas relativas à medicação que estavam a tomar, pois em alguns casos os utentes ou não sabiam o nome dos medicamentos, ou não se lembravam de todos. Também foi utilizado o sistema informático SINUS para certificar/complementar as participações que os inquiridos verbalizavam que tinham, ou não, relativamente às participações/isenções existentes na área da saúde.

A autora deste trabalho é enfermeira numa das USF de Évora, o que facilitou, a autorização dos responsáveis das USF para que os questionários se realizassem num ambiente ligado à saúde e com a privacidade necessária e inerente a este tipo de recolha de dados.

O conhecimento socioprofissional da população estudada, adquirido ao longo de mais de vinte anos de trabalho junto da população alvo, facilitou a comunicação e os laços de confiança de que o sigilo profissional não seria quebrado e que as suas respostas não seriam transmitidas a terceiros nem mesmo aos seus médicos de família, favorecendo desta forma a obtenção dos dados e a minimização das desvantagens referidas sobre a inter-relação entre inquiridor e inquiridos. Desta forma ficou a perceção que este possível impedimento foi superado. Este conhecimento vai também de encontro ao já referido anteriormente, da presença prolongada do investigador no terreno e do contato direto com os indivíduos, como meio facilitador quer da colaboração dos inquiridos, quer de uma maior veracidade nas respostas obtidas. Também e relativamente à interação entre os participantes, à informalidade e ao comportamento de adaptação mútua, referidos anteriormente por António Firmino da Costa, tendo por base o conhecimento quer teórico quer da população entrevistada facilitou a obtenção quer da sua colaboração, quer de respostas, que foram percecionadas como verdadeiras.

É também de destacar a questão do anonimato e confidencialidade deste estudo, quer devido aos requisitos exigidos pela investigação, quer pelo código ético, deontológico e de confidencialidade que a profissão de enfermagem requer, inseridos no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro, no qual, entre outras cláusulas se destaca: *“O enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da profissão. Tem o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino ou investigação”* (Enfermeiros, 2009).

Foi também resguardado o dever de sigilo profissional, da Ordem dos Enfermeiros, regulamento nº 165/2011, publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 47 – 8 de Março de 2011 *“O enfermeiro encontra-se obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a informação de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão, em respeito pelo disposto no Código Deontológico, no presente Regulamento e nas demais disposições legais aplicáveis”*.

Ainda, relativamente à ética, esta deve ter como princípios fundamentais o respeito pela dignidade da pessoa humana, pelo desenvolvimento e valorização do saber, pela qualidade e inovação da investigação e pela verdade e liberdade de investigação. É também obrigação dos investigadores a preservação de elevadas normas de imparcialidade. Desta forma nenhuma investigação (com seres humanos) pode ser efetuada sem o consentimento informado, expresso livremente, exclusivo e comprovado, o qual deve ser obtido antecipadamente das pessoas sob investigação (Minho, 2012).

Quanto ao consentimento, apesar de ambos os questionários serem anónimos foi solicitada autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora para a sua aplicação, a qual foi concedida (anexo 4).

Relativamente ao consentimento informado, nas pesquisas efetuadas, o que foi encontrado referia-se sobretudo a atos médicos, no entanto podemos referir que o consentimento informado consiste na autorização esclarecida e prestada pelo utente sobre o que vai ser efetuado (Saúde, 2014). A informação deve ser simples, objetiva, clara, suficiente e clara tendo como objetivo o esclarecimento

do destinatário. Quem informa deve certificar-se que essas informações foram devidamente compreendidas pelo destinatário.

Ainda sobre o consentimento informado, e segundo a norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 da Direcção-Geral de Saúde (Saúde, 2015), o consentimento informado deve ser livre e esclarecido, pode ser expresso de forma oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a compreensão e autonomia. A informação deverá ser proporcionada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor.

Desta forma os questionários, das USF, apesar de anónimos, requeriam que fosse assinada uma carta de consentimento informado (anexo 5), de salientar que todos os utentes abordados se disponibilizaram para responder ao questionário, não se opuseram à assinatura da carta e nos casos de não saberem assinar de colocarem a impressão digital.

Em todos os casos foi mantido o anonimato e a confidencialidade requeridos para a aplicação de questionários.

4.4 – PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS

A análise dos resultados envolveu a verificação dos dados obtidos, a codificação das respostas e a transposição para uma base de dados criada especificamente para este trabalho.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences), as respostas abertas foram submetidas posteriormente a análise e categorização e criação de novas variáveis para que fosse possível um melhor tratamento desses dados, o cruzamento entre as diferentes variáveis pesquisadas e uma melhor otimização, compreensão e interpretação dos resultados obtidos.

Após a explanação dos processos de recolha de informação e do seu tratamento estatístico, iremos passar a uma segunda parte que se subdivide em quatro capítulos, que apresentam os resultados obtidos através desta investigação.

**PARTE II – ABANDONO DE MEDICAÇÃO -
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

5 – CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA E PERFIL DE SAÚDE

Esta secção tem como objetivo principal apresentar detalhadamente os resultados obtidos da amostra total (AT) em estudo, quer através dos inquéritos aplicados nas USF quer nos das farmácias, para dessa forma se fazer uma análise dos fatores que possam levar a um eventual abandono de medicação.

Desta forma serão descritos e analisados todos os dados obtidos através dos dois questionários e será feita uma comparação de dados nos itens comuns aos dois questionários, assim como a respetiva interpretação dos mesmos.

Os indicadores resultantes dos dados obtidos através dos dois questionários, dão-nos uma visão global da população em estudo e das suas características sociográficas, todos estes dados serão depois interrelacionados com as práticas de vida adotadas, conceitos de saúde e doença.

As amostras são constituídas por: USF - residentes na cidade n=100 e nas aldeias n=102; Farmácias - cidade n= 229 e nas aldeias/vilas n=107, total de questionários n=538.

5.1 – SITUAÇÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

A caracterização das duas amostras (USF e farmácias) encontra-se exposta de forma sucinta nos quadros 4 e 5, a qual será posteriormente analisada mais profundamente.

COMPOSIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS QUESTIONÁRIOS DOS UTENTES DAS USF (N=202)

QUADRO 4 - CRUZAMENTO SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - USF

		Cidade	Aldeia	Total
Sexo	Feminino	41,8%	58,1%	100% (n=117)
	Masculino	60%	40%	100% (n=85)
Idade	65-69 anos	54,5%	45,5%	100% (n=44)
	70-74 anos	53,1%	46,9%	100% (n=49)
	75-79 anos	49,1%	50,9%	100% (n=57)
	>= 80 anos	42,3%	57,7%	100% (n=52)
Escolaridade	s/ escola e 1º ciclo incompleto	31,7%	68,3%	100% (n=82)
	1º ciclo completo	53,7%	46,3%	100% (n=95)
	2º+3ª ciclo+ secund + ens. Sup	92%	8%	100% (n=25)
Estado civil	Solteiro(a)/Divorciado(a)	66,7%	33,3%	100% (n=9)
	Casado(a)/União de Facto	49%	51%	100% (n=151)
	Viúvo(a)	47,6%	52,4%	100% (n=42)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

COMPOSIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS QUESTIONÁRIOS DOS UTENTES DAS FARMÁCIAS (N=336)

QUADRO 5 - SEXO, IDADE E LOCAL DE RESIDÊNCIA - FARMÁCIAS

			Total
Sexo	Feminino	58%	336 100%
	Masculino	42%	
Idade	65-69 anos	37,2%	336 100%
	70-74 anos	19,3%	
	75-79 anos	16,7%	
	>= 80 anos	26,8%	
Local de residência	Cidade	68,2%	336 100%
	Aldeia / Vila	31,8%	

Fonte: Questionários das farmácias (maio 2015)

Decorre de ambos os questionários que as mulheres são maioritárias (quadro 6). Contudo verifica-se que a maioria das respondentes mulheres dos questionários nas USF residem no meio rural ao contrário das respondentes mulheres dos questionários feitos nas farmácias que vivem na cidade (quadro 6)¹⁷.

Estes valores vão de encontro às estatísticas do INE (2014) em que o número de mulheres foi, é e estima-se no futuro como superior ao dos homens.

QUADRO 6 – ANÁLISE POR SEXO E LOCAL DE RESIDÊNCIA

Sexo	Local de residência		
	Cidade	Aldeia/Vila	Total
Feminino (USF)	41,9%	58,1%	100% (n=117)
Feminino (F)	70,8%	29,2%	100% (n=195)
Masculino (USF)	60%	40%	100% (n=85)
Masculino (F)	64,5%	35,4%	100% (n=141)

Elaboração da autora - Fonte: Questionários das USF e farmácias (maio/junho 2015)

QUADRO 7 – COMPARAÇÃO USF E FARMÁCIAS POR IDADE E LOCAL DE RESIDÊNCIA

Idade	Cidade	Aldeia	Total
USF-65-69 anos	54,5%	45,5%	100% (n=44)
F-65-69 anos	62,4%	37,6%	100% (n=125)
USF-70-74 anos	53,1%	46,9%	100% (n=49)
F-70-74 anos	66,2%	33,9%	100% (n=65)
USF-75-79 anos	49,1%	50,9%	100% (n=57)
F-75-79 anos	76,8%	23,2%	100% (n=56)
USF->= 80 anos	42,3%	57,7%	100% (n=52)
F->= 80 anos	72,2%	27,8%	100% (n=90)

Elaboração da autora - Fonte: Questionários das USF e farmácias (maio/junho 2015)

No que se refere à idade dos inquiridos, a maioria encontra-se na faixa etária dos 80 ou mais anos nas aldeias (57,7%), seguida da faixa etária dos 65-69 anos na cidade (54,5%) (questionários das USF) (quadro 7)¹⁸. Nos questionários das

¹⁷ conf. anexos 6 e 7 – Quadros 1 e 4 (pp. 33 e 34 – Anexos)

¹⁸ conf. anexo 7 - Quadro 3 (p. 34 – Anexos)

farmácias a maior percentagem de inquiridos tinha entre 75-79 anos e residiam na cidade (76,8%), a qual apresenta também as maiores percentagens em quase todos os escalões etários (em ambos os questionários; quadro 7)¹⁹. Referira-se também que, nestes questionários (das farmácias), na faixa etária dos inquiridos com 80 e mais anos a percentagem é igual nos dois sexos²⁰.

A média geral de idade é de 75 anos, apresentando os homens uma média de 77 anos e as mulheres de 74 anos (USF), sendo nas farmácias de 75 nos homens e 74 nas mulheres, estas ponderações também se verificam quando comparamos a cidade com as aldeias e vilas, os homens apresentam sempre médias de idade superiores.

A explicação para este fenómeno torna-se difícil, uma vez que contraria todos os dados existentes, que segundo o INE (2014) a média é de 77 anos para os homens (a mesma encontrada nos inquiridos das USF) e de 83 anos para as mulheres, média bastante superior à encontrada neste trabalho.

A restante análise baseia-se exclusivamente nos questionários efetuados nas USF uma vez que as variáveis que se seguem não integravam, por motivos de disponibilidade do pessoal das farmácias, os questionários por estes aplicados.

Quanto ao grau de escolaridade constataram-se baixos níveis de qualificação escolar da população em análise em que se destaca 40,6% dos idosos sem escolarização ou com o 1º ciclo incompleto, 47% com o 1º ciclo completo e 12,4% com 2º+3º ciclo + secundário + ensino superior. É de destacar que 87,6% da população em análise possui até ao 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe).

Nas aldeias a maior percentagem de inquiridos apresenta níveis de escolaridade mais baixos, comparativamente com a cidade em que a maior percentagem de inquiridos tem o 2º+3º ciclo + secundário + ensino superior, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p=0$)²¹.

¹⁹ conf. anexo 7 - Quadro 5 (p. 34 – Anexos)

²⁰ conf. anexo 8 - Quadro 6 (p. 35 – Anexos)

²¹ conf. anexo 10 - Quadro 7 (p. 37 – Anexos)

Nas idades os mais novos apresentam níveis de escolaridade mais elevados que os mais velhos (a partir dos 75 anos) sendo esta relação estatisticamente significativa ($p=0$)²².

Os homens surgem com níveis de escolaridade mais elevados. Esta relação é estatisticamente significativa ($p<0,05$)²³. Nesta variável os valores encontrados estão de acordo com as estatísticas portuguesas, quer da Pordata, quer do INE. Estes valores dão-nos a indicação de que as mulheres, num passado não muito distante não frequentavam a escola, estando circunscritas ao espaço doméstico, ajudando nas tarefas domésticas, na criação dos irmãos e em alguns casos no apoio aos mais idosos, tarefas que faziam parte do seu quotidiano e frequentemente verbalizadas pelas mesmas durante a aplicação dos questionários. Quanto aos homens a indicação de que são os mais novos a apresentar níveis de escolaridade mais elevados é uma demonstração de um passado social e laboral, onde os homens (nesta região) na sua maioria eram trabalhadores rurais, sendo os responsáveis para a sustentabilidade familiar, sendo o início desta atividade muitas vezes efetuado em idades muito precoces, razão pela qual ou não frequentavam a escola ou se o faziam era só para uma escolaridade primária.

Quanto ao estado civil 74,8% são casados/união de facto e 20,8% são viúvo(a)s²⁴, sendo que nas aldeias a percentagem de viúvo(a)s é maior que na cidade²⁵, havendo maior percentagem de viuvez nas mulheres, que ao apresentarem uma maior percentagem de residentes nas aldeias e nas faixas etárias mais elevadas, pode ser a explicação para esta ocorrência, no entanto os homens ao apresentarem médias de idade superiores às mulheres, torna esta ocorrência de difícil explicação.

Relativamente à condição perante o trabalho 98% da população encontra-se reformada²⁶, dos quais 15,3% foram trabalhadores rurais e outra profissão e 29,4% só trabalharam no campo, o que nos dá a indicação que 44,7% foram (e alguns ainda são) trabalhadores rurais, situação já descrita, em 1.2, e

²² conf. anexo 11 - Quadro 8 (p. 38 – Anexos)

²³ conf. anexo 11 - Quadro 9 (p. 38 – Anexos)

²⁴ conf. anexo 12 - Gráfico 4 (p. 39 – Anexos)

²⁵ conf. anexo 12 - Quadro 10 (p. 39 – Anexos)

²⁶ conf. anexo 13 - Quadro 11 (p. 40 – Anexos)

característica desta região do país. Deste total de reformados 5,4% continua a trabalhar, como meio para aumentar os seus reduzidos rendimentos²⁷.

Quanto ao agregado familiar a maioria é constituído apenas por marido/mulher, no número total de residentes por habitação a maior percentagem é de dois²⁸; sendo os homens a apresentar uma maior percentagem de coabitação em casal (talvez devido à maior incidência de mulheres viúvas). Neste indicador o número de habitantes por residência varia entre um e seis. Nos casos de coabitação não ser marido/mulher o mais frequente é a coabitação com filhos, que em grande parte dos casos dependem dos pais, estando estes casos distribuídos equitativamente entre a cidade e as aldeias.

As causas desta dependência são na sua maioria devidas a desemprego, são também devidas aos poucos rendimentos dos filhos e/ou netos e em alguns casos conjuntamente com doença. Neste contexto 34,2% dos idosos têm familiares que dependem economicamente deles, o número de dependentes varia entre um e seis²⁹. Verifica-se que nas aldeias essa percentagem é maior (65,2%) que na cidade (34,8%)³⁰, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

O Alentejo é uma das regiões mais afetadas pelo desemprego, o que dá origem (tal como verificado neste estudo) a uma maior dependência dos mais novos em relação aos mais velhos, como explicitado no capítulo 1.1, observando-se também o já referido por Rosa (2012) à mudança do perfil nesta sociedade de “1-2-4” para “4-2-1” (avós, pais e filhos). Também Fernandes (2001) (referido no capítulo 1.1) menciona o aumento de famílias trigeracionais como consequência da solidariedade familiar, nas quais podem existir mais avós que netos e à existência e/ou coabitação de quatro gerações em simultâneo.

Outro dos itens avaliados, tendo em atenção a subsistência económica dos inquiridos, e possivelmente a ajuda que dão aos elementos mais novos da família, foi, relativamente à habitação, se a casa era própria, quais as condições habitacionais, se tinham animais (de companhia ou para alimentação) e se possuíam horta/quintal.

²⁷ conf. anexo 13 - Quadro 11 (p. 40 – Anexos)

²⁸ Contudo há que ter em conta que existem casos em que o agregado, por viuvez ou outras razões familiares, também integra apenas duas pessoas.

²⁹ conf. anexo 14 - Quadro 13 (p. 41 – Anexos)

³⁰ conf. anexo 14 - Quadro 14 (p. 41 – Anexos)

Apurou-se que a maioria possuía casa própria, no entanto nas aldeias a percentagem é maior (85,2%) e a diferença é estatisticamente significativa ($p=0$). Na habitação, tanto na cidade como nas aldeias 100% das casas tem água canalizada, eletricidade e esgotos, só em relação à casa de banho é que há um residente numa aldeia que não tem, pelo que neste caso a percentagem é de 99,5%.

Quanto a terem quintal/horta e terem produtos hortícolas as percentagens são maiores nas aldeias (98%), em que referiram ter, e também as diferenças são estatisticamente significativas ($p=0$). Quanto à criação de animais no geral (companhia e alimentação) a diferença é estatisticamente significativa ($p<0,05$), sendo nas aldeias (68,6%) onde se encontra a maior percentagem de respondentes a possuírem animais, no entanto quanto à criação de animais para alimentação, a diferença não sendo estatisticamente significativa, mostra valores em que as aldeias (45,1%) apresentam uma percentagem maior que a cidade (13%)³¹.

Estes indicadores podem ser uma explicação para que seja nas aldeias onde se encontra a maior percentagem de idosos com familiares dependentes. O não ter de pagar habitação e a capacidade da obtenção de produtos alimentares faz com que apesar dos seus baixos rendimentos (que serão demonstrados seguidamente, através das isenções usufruídas por insuficiência económica), tenham a possibilidade de ajudar os mais novos, invertendo-se desta forma o que era habitual há uns anos atrás, em que eram os mais novos a ajudar os mais idosos na sua subsistência.

Outro item avaliado foi relativamente a ajudas/comparticipações extras que poderiam usufruir na área da saúde.

³¹ conf. anexo 16 - Quadro 15 (p. 43 – Anexos)

QUADRO 8- ANÁLISE DO LOCAL DE RESIDÊNCIA E ISENÇÃO DE TAXAS MODERADORAS/COMPARTICIPAÇÃO

Isenção	Cidade	Aldeia	Total
Sim	45,3%	54,7%	100% (n=128)
Não	56,8%	43,2%	100% (n=74)
Comparticipação	Cidade	Aldeia	Total
Sim	41,1%	58,9%	100% (n=73)
Não	54,3%	45,7%	100% (n=129)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Ao inquirir os utentes das USF sobre essas ajudas, e conforme se pode observar no quadro 8, verificou-se que 63,4% (n=128) são isentos das taxas moderadoras, 89,8% por insuficiência económica. É nas aldeias onde se encontra uma maior percentagem de utentes isentos de taxas moderadoras (54,7%).

Na pergunta, nº 30 questionários USF, “tem alguma comparticipação extra nos medicamentos?”, 36,1% (n=73) dos inquiridos responderam que sim (quadro 8), sendo também nas aldeias onde se encontra a maior percentagem de inquiridos a usufruir de comparticipação (58,9%). Esta comparticipação/ajuda pode ser isenção (por motivos de saúde, ou por insuficiência económica), ajuda de familiares ou comparticipação das autarquias, sendo a maior percentagem observada por isenção.

Dos que responderam que tinham comparticipação ou ajuda extra, foi perguntado “se não tivesse esse apoio conseguia fazer/adquirir toda a medicação?” 80,8% responderam que não, destes a maioria reside nas aldeias (59,3%). Durante a aplicação dos questionários verificou-se que a maioria dos que recebem esta comparticipação extra não tinha conhecimento da mesma, o que os deixou surpreendidos dando por isso mais ênfase à resposta de que sem esse benefício não conseguiriam comprar toda a medicação, pois já lhes era difícil adquiri-la com os preços mais baixos.

A avaliação direta sobre os rendimentos foi efetuada unicamente através das isenções, o que na realidade não nos dá uma indicação fiscal dos rendimentos. O que se observa é que, sobretudo os residentes nas aldeias, apesar de terem rendimentos muito baixos conseguem ter uma vida de não pobreza visível, por um lado pelos produtos que cultivam e animais que criam para alimentação, por

outro pela interajuda que existe nestas populações. No entanto no decorrer dos questionários vários referiram que era com muita dificuldade e com a supressão de certas despesas que conseguiam sobreviver com uma certa dignidade.

Apesar destas dificuldades uma percentagem significativa de idosos (34,8% na cidade e 65,2% nas aldeias) têm familiares que dependem deles quer economicamente quer através dos bens de consumo que eles produzem/criam, mas a maioria das ajudas (não contabilizadas, mas relatadas durante a aplicação dos questionários) são do foro económico, variando o número de dependentes entre um e seis. As causas apresentadas para essa dependência foram na maioria dos casos o desemprego, baixos salários, instabilidade no emprego, alguns deles conjuntamente com problemas de saúde. É interessante constatar que nas aldeias onde se verificam as maiores percentagens de utentes isentos de taxas moderadoras e com mais participações extra nos medicamentos (o que significa a existência de baixos rendimentos), é onde a percentagem de idosos com familiares dependentes é significativamente superior e a percentagem de abandono é menor (a abordar no capítulo 8). Esta situação pode ser devida à maioria dos residentes nas aldeias ter casa própria, criar animais para alimentação assim como produtos hortícolas e outros, além da interajuda e conhecimento existente entre os habitantes, assim como das participações e isenções de que beneficiam.

5.2 – PERFIL DE SAÚDE

No âmbito dos perfis de saúde obtidos através dos questionários das USF, destacam-se as patologias mais prevalentes, suas médias e relação entre as patologias e a medicação consumida.

O número de doenças por pessoa varia entre zero e doze, situando-se a maior percentagem nas 5/6, pelo que a sua média é de 5,58. Na média de doenças por género as mulheres apresentam um valor mais elevado (6,1) que os homens (4,9). É também mais elevada nas idades com 75 e mais anos (5,9), na cidade (5,7) e nos com menos habilitações literárias (5,8).³²

³² conf. anexo 26 - Quadro 18 (p. 53 – Anexos)

No quadro 9 apresentam-se as patologias mais frequentes. Como se pode observar, a hipertensão arterial apresenta a percentagem mais elevada, seguida das patologias articulares.³³

QUADRO 9 - PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES

Patologias	N	%
1º - Hipertensão	148	73,3
2º - Patologias articulares	112	55,4
3º - Colesterol elevado	111	55,0
4º - Patologias vasculares	83	41,1
5º - Ansiedade	55	27,2
6º - Diabetes	54	26,7
7º - Stress	51	25,2
8º - Patologias aparelho digestivo	47	23,3
9º - Patologias renais	46	22,8
10º - Problemas de próstata	42	20,8

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Os indicadores de saúde de 2010 (INE 2010) mencionam que em Portugal as principais causas de morte são em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório (31,9%), tendo o Alentejo a taxa de mortalidade mais elevada do país nas doenças do aparelho circulatório (4,7%).

Neste estudo os resultados encontrados vão de encontro aos apresentados pelo INE (2010; 2012; 2014) e pelo ACES³⁴.

No âmbito patologia/conhecimento da mesma e da medicação prescrita, efetuou-se um cruzamento entre as patologias verbalizadas pelos inquiridos e os medicamentos prescritos e consumidos, em que o “sim” se referia à concordância entre patologia referenciada e a toma de medicação para o seu tratamento, o “não” aos que apesar de referirem a patologia não tomam medicamentos para a mesma, por último os que não referem a patologia mas tomam medicação para a mesma, o que pode ser uma demonstração de um

³³ Uma das “patologias” que constava no questionário das USF era a hipertrigliceridémia. Inquiridos sobre terem ou não aumento dos triglicéridos (usou-se no questionário a designação comum) a pergunta provocou por parte dos respondentes uma certa “desconfiança”, e na maioria dos casos revelou desconhecimento da “patologia”, respondendo “o que é que é isso?”, tendo sido motivo de uma certa dúvida, por parte da investigadora dado o tipo de alimentação nesta região. Por essa razão efetuou-se uma análise mais minuciosa neste item, tendo-se observado que 6,9% (n=14) referiam que sim aquando da resposta, destes 5,9% (n=12) não estavam medicados e 1% (n=2) estavam medicados para este fim. 1% (n=2) não referiram a “patologia”, mas tomavam medicação para a mesma. Perante estes resultados seria interessante (em estudos futuros) averiguar o porquê desta situação.

³⁴ Tabela 5 – Morbilidade, do cap. 1.1.

desconhecimento da patologia e/ou um desconhecimento da função terapêutica dos medicamentos prescritos.

Elaborou-se um índice de concordâncias que resulta da soma dos “sim” das 28 concordâncias doença/medicamentos efetuadas. Este índice varia entre o zero (ou seja, ausência de concordância em todas as patologias) e o 28 (concordância positiva em todas as patologias) (quadro 10). A média dos níveis de concordância situa-se nos 23/25³⁵.

QUADRO 10 -CORRESPONDÊNCIA ENTRE PATOLOGIAS E OS CONSUMOS TERAPÊUTICOS

Patologia	Sim %	Não %	Não refere patologia mas toma medicação - %
Diabetes	97	3	0
Patologias musculares	95	3,5	1,5
Hipertensão	93,6	1,5	5
Colesterol	79,7	9,4	10,9
Patologias vasculares	77,7	9,4	12,9
Patologias articulares	76,2	20,8	3
Patologias aparelho digestivo	70,8	5,4	23,8
Patologias oculares	70,3	1,5	25,2
Stress	68,3	4,5	26,7
Ansiedade	68,3	5,4	25,7

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

As percentagens apresentadas no quadro 10 são demonstrativas do conhecimento que os inquiridos têm sobre a(s) sua(s) patologia(s) e a medicação prescrita, uma vez que as percentagens de concordância entre o conhecimento da patologia e da medicação tomada para a mesma se situam em níveis bastante altos, nomeadamente nas patologias mais prevalentes como a hipertensão, a diabetes e as patologias musculares, vasculares e articulares, o que pode ser devido, às formas de acesso aos serviços de saúde e respetivos profissionais, tendo já sido referido que nesta região só não tem médico de família quem não quer, e que apesar das características da região, com aldeias e vilas, distantes da cidade, quase todas têm um médico, enfermeiro e auxiliar técnico que lá se deslocam periodicamente para dar assistência a essa população. Também o facto da elevada média de idades, com o conseqüente aparecimento e/ou agravamento de certas patologias, confere aos indivíduos conhecimentos e experiências, vivenciados quer pelos próprios quer pela comunidade em que estão inseridos, para uma gestão da(s) sua(s) doença(s) numa lógica em que se interligam os

³⁵ conf. anexo 26 – Quadro 19 (p. 53 – Anexos)

saberes leigos e periciais, nos quais, e segundo Pegado (*in* Lopes, 2010), referida no capítulo 2.1, a doença crónica é um fator determinante, que adapta as orientações de saúde e o investimento que cada um faz relativamente à sua saúde ou doença. Também Tavares (2016), citado no capítulo 2.1, menciona que a relação existente entre as representações e as práticas relativas à saúde/doença, se reportam a um conjunto de ações e atividades protagonizadas pelos indivíduos e pelos grupos, em que as representações dão sentido, organizam e inferem as práticas, pelo que as práticas dependem das representações.

As doenças crónicas envolvem uma gestão que não se limita à pericialidade médica, envolvendo por isso os doentes, o que dá origem à autonomia leiga³⁶, razão pela qual é “exigido” aos doentes crónicos uma autorresponsabilização pelo seu tratamento e prevenção dos riscos que poderão estar associados ao não cumprimento das prescrições/indicações médicas. Esta gestão insere-se, também, no sistema referencial leigo³⁷ onde o doente deixa de ter um papel passivo e dependente dos técnicos e da dominância profissional, para ter um papel mais ativo, mesmo que este advenha da obtenção de conhecimentos leigos sobre a saúde.

Neste caso não existem diferenças significativas nos níveis de concordância e as características sociodemográficas, o que demonstra que independentemente da idade, local de residência, género e nível de escolaridade as perceções, conceitos e atitudes são análogos.

Quanto aos medicamentos que apresentam maior discordância no “não” a maior percentagem é para tratamento de patologias articulares (quadro 10), que são as segundas a apresentar maior incidência (quadro 9). Esta discordância pode ser devida à não associação, por parte dos doentes, das “dores” serem devidas a patologias articulares, mas sim à idade e à vida mais ou menos difícil que tiveram no passado, e que em alguns casos, continuam a ter. Grande parte da medicação para estas patologias são analgésicos e relaxantes musculares, motivo possível para esta discordância.

Relativamente aos que não referem a patologia, mas tomam medicação para a mesma, a maior percentagem é de medicamentos para o stress, para a ansiedade, bem como para as patologias oculares. Quanto ao stress e ansiedade, onde as

³⁶ Desenvolvimento no capítulo 1.4.

³⁷ *Idem*.

percentagens são mais elevadas no “não refere a patologia mas toma medicação” pode-se conceitualizar se não nos deparamos com o enunciado de Collin (2003) do “*medicamento compaixão*”³⁸ em que os idosos são medicados com psicotrópicos de forma a atenuar os efeitos da ancianidade, não sendo dessa forma dado conhecimento por parte dos médicos de quais as indicações de esses medicamentos.

Também os medicamentos para as patologias aparelho digestivo têm uma percentagem significativa de não concordância, neste caso também se pode considerar que esta medicação é muitas vezes utilizada como profilaxia e não só como tratamento.

Quanto às patologias oculares o que se observou foi que apesar do tratamento destas patologias ser maioritariamente efetuado através de colírios (gotas para os olhos) os inquiridos não associavam a verdadeira indicação do medicamento com a patologia, referindo que as “gotas” eram porque tinham “os olhos secos”, ou que as colocavam porque o médico tinha receitado não sabendo, no entanto qual a sua indicação e como tal a patologia existente.

Esta avaliação elaborada para este estudo não foi encontrada na literatura pesquisada, pelo que se supõe que nunca terá sido efetuada, desta forma os dados obtidos dão-nos um novo conhecimento sobre a problemática medicação prescrita, patologias e níveis de conhecimento existentes entre eles. Assim as considerações efetuadas perante os resultados obtidos são hipóteses levantadas no pressuposto dos enunciados referidos decorrentes da experiência e conhecimentos da autora do trabalho.

Para uma leitura mais detalhada sobre os níveis de concordância e o género, idade, estado civil e nível de escolaridade, em que não se verificam diferenças significativas nos níveis de concordância e as características sociodemográficas, ver dados em anexo³⁹.

³⁸ Ver capítulo 2.

³⁹ conf. anexo 26 - Quadro 19 (p. 53 – Anexos)

A nível percentual e como resumo do que foi exposto temos:

- Mulheres são maioritárias, com média superior de doenças, relativamente aos homens.
- Cidade também com médias superiores de doenças comparativamente com as aldeias.
- Na idade a percentagem maior encontra-se nos com 75 e mais anos.
- Média de idades superior nos homens.
- Níveis de literacia baixos, sendo mais acentuados nas aldeias, nas mulheres e nos mais idosos.
- Aldeias com maior percentagem de idosos com isenção e participações nas consultas e/ou medicamentos.
- Número de idosos com dependentes a cargo maior nas aldeias.

Após a caracterização sociográfica da população estudada e dos seus perfis de saúde, iremos no próximo capítulo apresentar os dados referentes à auto percepção do estado de saúde global, do autocuidado com a saúde, conceitos de saúde e da relação existente entre inquiridos e farmacêuticos.

6 – AUTO PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE GLOBAL; AUTOCUIDADO E CONCEITOS DE SAÚDE E RELAÇÃO COM OS FARMACÊUTICOS

Um dos parâmetros determinantes para os comportamentos dos indivíduos, neste caso dos idosos, é a forma como cada um avalia o seu estado de saúde e o cuidado que tem para a preservar. O envelhecimento acarreta uma série de alterações quer físicas, quer psíquicas e pessoais, que podem determinar comportamentos diferentes consoante cada indivíduo e a comunidade em que está, ou esteve inserido. Os idosos podem ser associados a uma visão negativista, quer por parte da sociedade onde estão incluídos, quer por eles próprios, o que pode constituir um problema social ao criar-se um estereótipo através de preconceitos, normalmente negativistas, dos idosos como um “fardo”. Estas representações podem ter vários contextos, podem ter sido induzidas nos indivíduos ao longo da sua vida, pelo que ao chegarem a estas idades interiorizam todos esses pressupostos tornando-se muitas vezes seres isolados, sem perspetivas futuras, doentes e excluídos da sociedade. Podem advir dos mais novos que os vêem como “algo” ou alguém de onde só se pode esperar que deem despesas, trabalho e aprisionamento (Fernandes, 2001; Fonseca, 2007).

Tudo isto conjuntamente com uma mudança no estilo de vida dos idosos, com a passagem da vida ativa para a reforma, pode agravar, ou não, todos estes sentimentos. Neste aspeto o local de residência poderá ter uma influência no modo como, sobretudo os idosos, encaram esta fase da vida. O que se verifica nesta amostra é que os idosos residentes nas aldeias e vilas (sobretudo os homens), na maior parte dos casos continuam com o mesmo tipo de atividade, o trabalho rural, mesmo os que não foram exclusivamente trabalhadores rurais “aproveitam” esta fase de mais disponibilidade para se dedicarem à agricultura, mesmo que seja de uma forma simplificada, isto está patente nos dados obtidos em que nas aldeias 98% das casas têm quintal/horta e criam animais⁴⁰, sendo os próprios a plantar, cultivar ou semear e a tratar dos animais.

As perspetivas dos inquiridos sobre as conceções e conceitos sobre a sua saúde/doença e a saúde em geral, suas causas, consequências e/ou inevitabilidade, assim como as eventuais diferenças existentes entre o grupo sem abandono de medicação (GSA) e o grupo com abandono de medicação (GA), são

⁴⁰ conf. anexo 16 - Quadro 15 (p. 43 – Anexos)

um dado importante para podermos avaliar, de que forma estes pressupostos podem ou não interferir na prática do abandono, interligando-o com os motivos apresentados.

Também pelo que é referido por vários autores (Carmo, 2006; 2007; 2007a; Costa, 1985; Hespanha, 1987;), e observado pela investigadora ao longo de vinte e dois anos de contacto com esta população, os homens continuam a sociabilizar mais encontrando-se na rua e nos cafés. As mulheres mantêm as suas rotinas com o trabalho em casa, o ajudar os maridos na agricultura e na criação de animais e muitas vezes a cuidar não dos filhos como o faziam anteriormente, mas dos netos e bisnetos. Continuam também a ter uma vida mais fechada para o ambiente familiar e a não sociabilizar como os homens, pois não faz parte das tradições as mulheres irem passear ou para os cafés, sobretudo nas aldeias.

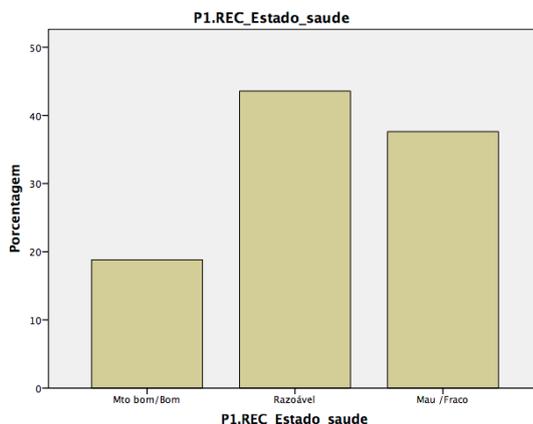
Já na cidade os conceitos e as tradições são diferentes havendo mais “liberdade” para as mulheres que saem mais e como tal a sua vida social pode ser menos restrita, enquanto que os homens além de saírem não têm muito mais ocupações.

6.1 – AUTO PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Este indicador – o estado de saúde - dá-nos a informação de como cada um percebe o seu estado de saúde, o que pode ser determinante na adesão à terapêutica.

No que respeita à auto percepção do seu estado de saúde global, foram questionados de “como classificavam o seu estado de saúde, comparativamente com pessoas da mesma idade” (pergunta 1 dos questionários das USF), para averiguar a percepção que cada inquirido tinha sobre o seu estado de saúde atual.

GRÁFICO – VII - COMO CLASSIFICA O SEU ESTADO DE SAÚDE (COMPARATIVAMENTE COM PESSOAS DA SUA IDADE)



Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Muito bom/Bom – 18,8% **Razoável - 43,6%** Mau/fraco – 37,6%

A maior percentagem dos inquiridos considera o seu estado de saúde, comparativamente com outras pessoas da mesma idade, como razoável (43,6%), seguindo-se a consideração de que é mau/fraco (37,6%) e só 18,8% o consideram muito bom/bom (gráfico VII).

QUADRO 11 - CRUZAMENTO “CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE” E SEXO, IDADE, LOCAL DE RESIDÊNCIA E ESCOLARIDADE (USF)

Estado de saúde		Muito bom/Bom	Razoável	Mau /Fraco	Total
Sexo	Feminino	11,1%	41%	47,9%	(n=117) 100%
	Masculino	29,4%	47,1%	23,5%	(n=85) 100%
Idade	65-69 anos	22,7%	50%	27,3%	(n=44) 100%
	70-74 anos	20,4%	42,9%	36,7%	(n=49) 100%
	75-79 anos	10,5%	43,9%	45,6%	(n=57) 100%
	>= 80 anos	23,1%	38,5%	38,5%	(n=52) 100%
Local residência	Cidade	24%	50%	26%	(n=100) 100%
	Aldeia	13,7%	37,3%	49%	(n=102) 100%
Escolaridade	s/ escola e 1º ciclo incompleto	13,4%	39%	47,6%	(n=82) 100%
	1º ciclo completo	17,9%	47,4%	34,7%	(n=95) 100%
	2º+3ª ciclo+ secund + ens. Sup	40%	44%	16%	(n=25) 100%
Total		18,8%	43,6%	37,6%	(n=202) 100%

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Conforme se pode observar no quadro 11 as mulheres consideram, maioritariamente o seu estado de saúde como mau/fraco (47,9%), nos homens a percentagem maior é no razoável (47,1%), sendo esta relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os inquiridos com idades entre 65-69 anos consideram-no razoável (50%), no entanto a maior percentagem que o considera muito bom/bom encontra-se na faixa etária acima dos 80 anos (23,1%), dos quais 29,4% são homens, 24% habitantes da cidade e com mais habilitações literárias (40%). Nas aldeias (49%) e nos casos com menor escolaridade (47,6%) consideram o seu estado de saúde como mau/fraco, já na cidade (50%) e com o 1º ciclo completo (47,4%) consideram-no como razoável (quadro 11), sendo estas relações (local de residência, género e escolaridade) estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Estes valores vão de encontro ao verificado por Cabral et al. (2013) que referem que em média os portugueses com 50 e mais anos declaram a sua saúde como razoável, sendo que percentualmente metade dos inquiridos (37,6%) a consideram razoável, pouco menos de um terço como boa/muito boa (18,8%) e 18,3% consideram-na como má/muito má. Mencionam também que a avaliação do seu estado de saúde tende a piorar com o avançar da idade, é pior entre as mulheres e nos com menos habilitações literárias (p. 242). Estes valores também são similares aos encontrados neste estudo, exceto na idade onde (neste estudo) os mais velhos (80 e mais anos) o consideram em maior percentagem como “Muito bom/Bom”.

O estado de saúde, e sobretudo a sua perceção por parte dos indivíduos, é estabelecido através das interpretações e experiências compartilhadas nos contextos socioculturais das vivências diárias e não propriamente das experiências decorrentes do contacto com os profissionais de saúde, estes conhecimentos, saberes leigos de saúde, constituem-se como uma nova categoria de análise sob a noção de *sistema referencial leigo*, (Lopes, 2007). Perante estes novos pressupostos os doentes deixaram de ter um papel passivo, de meros recetores das orientações e dominância dos profissionais de saúde para terem uma certa autonomia no que concerne aos seus comportamentos e sentimentos.

Os idosos, devido à experiência de vida, quer por antecedentes pessoais mais ou menos análogos, quer pelos observados no seu contexto social, estabelecem conceções e comportamentos próprios e inerentes à sua condição de doentes.

Segundo Tavares (2016) a saúde e doença englobam simultaneamente as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, incluindo perceções, opiniões, valores, imagens, ideologias, crenças e mitos. Também Queirós et al. (2014) expõem que o conhecimento sobre saúde/doença (saber popular) é indissociável das experiências que cada indivíduo tem e de como essa complexidade influencia as relações estabelecidas com a informação médica disponível.

O declínio mais ou menos acentuado e associado à idade, pode causar além de incapacidades físicas incapacidades psicológicas, as quais podem condicionar o estilo de vida dos idosos, nomeadamente interferindo nas suas relações sociais. Estas condicionantes podem ser mais ou menos acentuadas e dependentes de vários fatores. Um deles é o local de residência, que no contexto deste estudo se torna um facto diferenciador em vários setores. Já foram referenciadas (capítulo 1.2, 5.1 e 6) algumas das diferenças existentes entre o urbano e o rural, no entanto na região em estudo podemos dar um enfoque maior a essas diferenças. Na cidade existe uma certa ambiguidade, por um lado as relações sociais são mais fáceis, existe mais facilidade de transportes, mais diversidade de locais de lazer e da prática de certas atividades, nomeadamente desporto e associações de carácter social. A percentagem de idosos é menor, relativamente aos mais novos, além de que sendo uma cidade considerada como Património Comum da Humanidade pela UNESCO, tem uma população mais heterogénea, devido ao turismo, e pela existência da Universidade polo de grande concentração de jovens. A estas características estão associados conceitos diferentes de sociabilização, o que proporciona uma maior inter-relação entre as pessoas. Em contrapartida os mais isolados e necessitados têm mais dificuldades no convívio e em serem ajudados, por exemplo por vizinhos. Também certos conceitos/condicionantes sobre uma maior socialização, por parte dos idosos, sobretudo das mulheres, são diferentes dos existentes nas aldeias, sendo a cidade mais “liberal” quanto a certas práticas, como passear, ir ao café ou frequentar certos círculos de atividades (desporto, associações culturais).

Carmo (2007b) também refere, que na sociedade alentejana a mulher está circunscrita ao espaço doméstico tendo o homem uma postura mais visível.

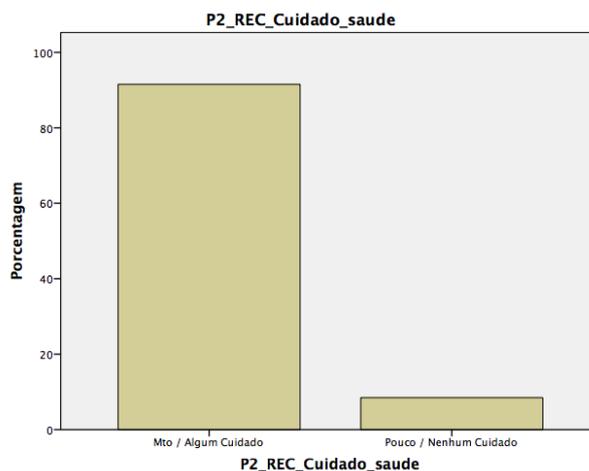
Estas condicionantes podem ser a explicação de as mulheres, os mais idosos (75-79 anos), os das aldeias e sem escolaridade considerarem, maioritariamente, o

seu estado de saúde como mau/fraco, uma vez que o isolamento a que provavelmente estão mais sujeitos, uma possível maior debilidade física e a falta de conhecimentos, podem influenciar negativamente o modo como se sentem. No entanto também são os ainda mais idosos, 80 e mais anos, os que apresentam as maiores percentagens na perceção da sua saúde como muito boa/boa, percentagem essa que apesar de ser pequena (23,1%) se torna significativa tendo em atenção as outras faixas etárias, estes resultados vão contrariar o exposto, por alguns autores, no capítulo 1, em que os idosos face a certas atitudes negativistas por parte dos mais novos se isolam, sendo a sua autoestima, a satisfação com a vida e perspectivas futuras afetadas negativamente. No entanto e num estudo efetuado a idosos por Lopes et al. (2016), são também apresentados testemunhos de idosos que referem estar bem com a vida e consigo próprios, sublinhando que a idade lhes deu uma maior experiência de vida, sabedoria e liberdade para usufruírem do que gostam. É transcrito um testemunho de um idoso com 79 anos que explica este positivismo nesta fase da vida *“Há muita diferença de uma pessoa humana para outra. Há pessoas que morrem antes de morrer. Há pessoas que morrem antes de morrer. Eu enquanto não morrer, estou vivo.”* (p. 110).

6.2 – AUTOCUIDADO COM A SAÚDE

O cuidado que têm com a saúde poderá estar relacionado quer com a maneira com que avaliam a sua saúde, quer com os conceitos e experiências vivenciados. Nestas questões (perguntas 2, 10 e 10.1, dos questionários das USF) pretendeu-se investigar que cuidado tinham com a sua saúde em geral e se faziam alguma dieta ou regime alimentar específico, neste caso se a resposta fosse “sim” inquiria-se qual o motivo. Não foi averiguado o tipo de alimentação seguido, pelo que as respostas dadas foram baseadas no que cada indivíduo considera ser uma alimentação e estilos de vida saudáveis.

GRÁFICO VIII – INDIQUE O CUIDADO QUE GERALMENTE TEM COM A SUA SAÚDE



Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Muito / Algum Cuidado – 85,6% Pouco / Nenhum Cuidado – 14,4%

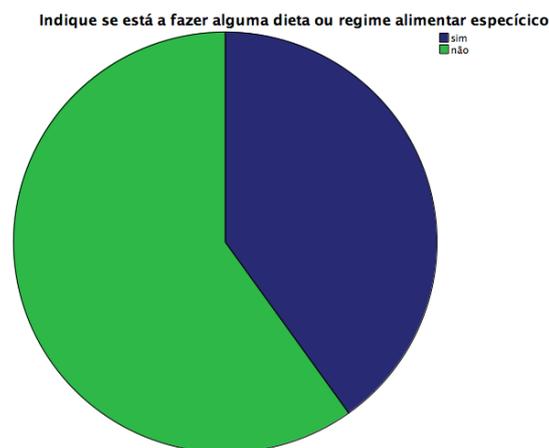
Dos inquiridos a grande maioria (85,6%) referiu ter muito/algum cuidado com a sua saúde (gráfico VIII); sendo as mulheres (86,3%); os da faixa etária 75-79 anos (91,2%); os da cidade (94%) (estatisticamente significativo com $p < 0,05$) e os com nível de escolaridade mais elevado (96%) a apresentarem uma percentagem mais elevada.

Nestas respostas é interessante verificar e cruzar os dados entre o “como classifica a sua saúde” e o “cuidado que tem com a saúde”. As mulheres e os mais velhos ao considerarem, maioritariamente, o seu estado de saúde como mau/fraco, referem ter muito/algum cuidado com a saúde. Já quanto ao local de residência nas aldeias apesar de também considerarem o seu estado de saúde como mau/fraco a percentagem de inquiridos é menor (49%) que na cidade, no entanto na cidade 50% consideram-no como razoável, sendo que nas aldeias 77,5% têm muito/algum cuidado com a saúde e na cidade a percentagem é de 94%, ou seja, nas aldeias além de apresentarem uma percentagem menor de inquiridos a considerarem o seu estado de saúde como mau/fraco, apresentam uma percentagem menor de inquiridos a terem muito/algum cuidado com a saúde, na cidade com perceções de saúde como razoável têm mais cuidados com a saúde.

Na escolaridade os resultados obtidos são semelhantes aos da cidade e aldeias. Também nestas variáveis não foram encontrados estudos de forma a podermos comparar os resultados obtidos, pelo que podemos inferir que as mulheres e os

mais velhos ao considerarem-se mais doentes têm mais cuidado com a saúde, de forma a minimizar ou evitar o agravamento da sua perceção sobre a sua situação clínica. Nas aldeias, talvez devido ao estilo de vida, falta de informação e situação económica, seja mais difícil adotar hábitos de vida mais saudáveis. No respeitante à escolaridade nos inquiridos com menos habilitações literárias podem-se referir os mesmos motivos indicados para as aldeias, em contrapartida nos com mais habilitações literárias acontece o oposto, têm, eventualmente, mais possibilidades e conhecimentos, assim como mais capacidades económicas para um maior cuidado com a saúde.

GRÁFICO IX – INDIQUE SE ESTÁ A FAZER ALGUMA DIETA OU REGIME ALIMENTAR ESPECÍFICO



Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Sim – 40,1% Não – 59,9%

Relativamente à alimentação mais de metade dos inquiridos (59,9%) não faz dieta ou regime alimentar específico (gráfico IX). Dos que o fazem a maior percentagem é de mulheres (53%) (estatisticamente significativo com $p=0$), da faixa etária dos 70-74 anos (42,9%), residentes na cidade (41%) e com o 1º ciclo completo (42,1%).

Quanto aos 40,1% de inquiridos que responderam que fazem dieta, ou regime alimentar específico, houve vários que apresentaram mais de uma razão pelo que os resultados obtidos foram que 56,8% era por “aconselhamento médico ou técnico de saúde devido a problemas de saúde”; 8,6% por “decisão própria para emagrecer” e 50,6% por “decisão própria para se sentir mais saudável”.

Esta variável (também sem estudos encontrados) apresenta resultados opostos à anterior (cuidado com a saúde), possivelmente devido às características da

gastronomia desta região, que por um lado no passado era considerada pelos inquiridos como saudável, sendo atualmente muitos desses alimentos considerados como nocivos para a saúde (gorduras, hidratos de carbono, etc.). Por outro lado, não havia a diversidade, facilidade e possibilidade económica para aquisição de outros produtos, considerados nessa altura e atualmente como mais saudáveis, pelo que se foram criando hábitos alimentares difíceis de mudar, mesmo sabendo hoje dos seus “eventuais” malefícios. Também a aquisição de muitos dos alimentos aconselhados para uma alimentação saudável estão fora do alcance económico da maioria desta população. Mas se observarmos o tipo de alimentos utilizados e a forma de confeção dos pratos tradicionais, grande parte deles podem ser considerados saudáveis⁴¹, razão pela qual, talvez, não haja grande preocupação em mudar os hábitos alimentares.

Como resumo do que foi exposto sobre a auto percepção sobre o estado de saúde, o autocuidado e conceitos de saúde temos, a nível percentual:

- As mulheres consideram o seu estado de saúde mau/fraco; têm muito/algum cuidado com a saúde e têm mais cuidado com a alimentação, fazendo dieta ou regime alimentar específico.
- Os homens consideram maioritariamente o seu estado de saúde como razoável; têm também muito/algum cuidado com a saúde, mas com percentagem inferior às mulheres e a maioria não faz dieta/regime alimentar específico.
- Na cidade consideram o estado de saúde razoável e têm muito/algum cuidado com a saúde e com a alimentação.
- Nas aldeias consideram o seu estado de saúde mau/fraco, têm uma percentagem menor de indivíduos a fazer dieta e têm menos cuidado com a saúde.
- Na idade os de 65-69 anos consideram o seu estado de saúde como razoável, a partir dos 75 consideram-no mau/fraco, no entanto os com 80 e mais anos apresentam a maior percentagem de muito bom/bom. No cuidado com a saúde são os com 75-79 anos que têm maior percentagem de muito/algum cuidado,

⁴¹ Os alimentos mais utilizados são o azeite, produtos hortícolas plantados e/ou semeados pelos próprios e sem aditivos químicos, criação de animais também efetuada pelos próprios e de forma natural (sem utilização de produtos e/ou alimentos com compostos químicos). Confeção dos alimentos maioritariamente tendo por base sopas, cozidos, grelhados e assados.

sendo os de 80 e mais anos a apresentarem a menor percentagem, de todas as faixas etárias, a terem pouco cuidado com a saúde. Na alimentação são os de 80 e mais anos que apresentam uma percentagem maior de não fazer dieta

- Na escolaridade os com o 1º ciclo e mais habilitações consideram o seu estado de saúde como razoável, enquanto que os com menos habilitações o consideram fraco/mau. Os com mais habilitações têm uma percentagem maior em relação a terem muito/algum cuidado com a saúde, no entanto apresentam uma maior percentagem a não fazer dieta.

Um dos focos importantes nesta população, tendo em conta a idade, patologias existentes, medicação prescrita e escolaridade, é a frequência com que consultam o médico, com que fazem exames médicos e a sua relação com os farmacêuticos visto que são estes que muitas vezes têm mais disponibilidade para explicações mais precisas sobre os medicamentos prescritos, relativamente à sua finalidade, ao modo de tomar, contraindicações e preços existentes (esta relação será explanada no capítulo 6.4).

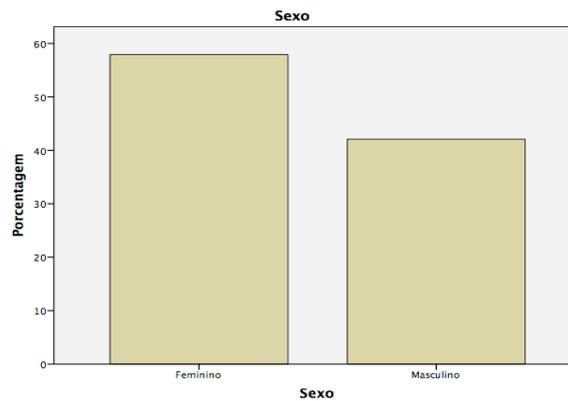
QUADRO 12 – ANÁLISE DA FREQUÊNCIA COM QUE CONSULTA O MÉDICO - LOCAL DE RESIDÊNCIA (USF)

Indique qual a frequência com que consulta o médico		1x mês	3/3 meses	2x ano	1x ano	Há mais de 1 ano	Total
Local de residência	Cidade	14%	36%	43%	6%	1%	100% (n=100)
	Aldeia	9,8%	35,3%	37,6%	13,7%	3,9%	100% (n=102)
Total		11,9%	35,6%	40,1%	9,9%	2,5%	100% (n=202)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Neste âmbito foi questionado aos utentes das USF (pergunta 3 dos questionários das USF) a frequência com que consultavam um médico (qualquer um, de família, especialista ou privado) tendo-se apurado que a maior percentagem se encontra nas duas vezes por ano (40,1%), sendo os da cidade a apresentarem uma percentagem maior (43%), mas que não é estatisticamente significativa (quadro 12).

GRÁFICO X – FREQUÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS POR SEXO



Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Na frequência de consultas são as mulheres a apresentar, mais uma vez, uma maior percentagem (conforme gráfico X) que os homens. Estes valores podem ser indicativos do descrito anteriormente em que as mulheres consideram o seu estado de saúde como mau/fraco, referem ter muito/algum cuidado com a saúde, o que pode ser o motivo de uma maior frequência de consultas médicas. Os homens ao considerarem o seu estado de saúde como razoável, apesar de referirem ter também muito/algum cuidado com a saúde, têm práticas diferentes, sobretudo os residentes nas aldeias, continuam a trabalhar na agricultura até idades muito avançadas, sendo este muitas vezes o meio de subsistência dos idosos e em alguns casos de familiares, motivo pelo qual a frequência com que vão a consultas médicas é bastante inferior à das mulheres, só apresentando valores mais elevados naqueles que referem não ir a uma consulta há mais de um ano. Hespanha (1987) refere a importância do corpo nas sociedades rurais em que este é um instrumento de trabalho, havendo por isso uma resistência à dor física. Desta forma um dos sinais indicativos de algumas doenças (a dor) é minimizado ou mesmo desvalorizado, pelos homens, que necessitam de trabalhar para sustentar o agregado familiar.

Já quando se inquiriu qual a frequência das consultas com o médico de família nos últimos seis meses, as respostas indicaram que a maior percentagem se encontrava numa ida (32,7%), sendo a cidade a apresentar uma percentagem maior (35%). Nas aldeias é considerável quer a percentagem quer a frequência dos utentes que não foram ao médico vez nenhuma no último ano (29,4%). Neste aspeto os residentes na cidade têm mais facilidades de acesso às USF que os

residentes nas aldeias, quer devido, em alguns casos, à dificuldade de transporte e desta forma à dependência de familiares ou amigos para irem à cidade, quer porque na cidade há médicos todos os dias do ano, enquanto que nas aldeias a periodicidade é muito variável podendo ir de duas vezes por semana a uma vez quinzenalmente, o que conjugado com as dificuldades económicas, demonstradas pela maior proporção de inquiridos, residentes nas aldeias, a usufruírem de isenções e/ou participações, assim como a elevada faixa etária apresentada, quer por uma média de idades de 75 anos, quer também por ser nas aldeias onde se encontra uma maior percentagem de inquiridos com 80 e mais anos (57,7%) podem ser a explicação desta diferença. Também, como anteriormente referido, nas aldeias a média de doenças por pessoa é menor, o que se torna interessante quando se verifica que é nas aldeias estudadas onde se concentram os indivíduos mais idosos e em teoria mais suscetíveis de doenças⁴².

Ainda relacionado com as idas ao médico de família a maior percentagem (47,5%), quer na cidade (49%), quer nas aldeias (23,3%), a última vez que foi a uma consulta foi entre um a seis meses⁴³. A principal razão indicada para esta última consulta no médico de família foi “por problema recente de saúde”.

Além destas consultas indagou-se, se “nos últimos seis meses tinha ido a outro médico” (especialista, clínico geral e/ou urgência no hospital) ao que se verificou que neste item as percentagens são iguais na cidade e na aldeia em que 50% responderam que “sim”, sendo o médico que apresenta maior percentagem o especialista (79,5%). No estudo de Cabral & Silva (2009) em 2008 o Alentejo era a região onde menos se recorria à medicina privada, o que contrapõe os resultados encontrados neste estudo, no entanto esta investigação tem por base um universo e uma amostra muito mais reduzida e localizada, pelo que não podemos extrapolar estes resultados para todo um universo muito mais alargado.

Na questão se tinham informado o médico de família dessa consulta na cidade a maioria respondeu que sim (53,7%), enquanto que nas aldeias a maioria respondeu que não (57,5%)⁴⁴. A razão mais apontada para a não informação foi a de “ainda não terem ido à consulta”, o que está de acordo com os dados apresentados anteriormente, em que os residentes na cidade vão mais ao médico

⁴² conf. anexos 7 e 26 – Quadros 3 e 18 (pp. 34 e 53 – Anexos)

⁴³ conf. anexo 53 - Quadro 30 (p. 80 – Anexos)

⁴⁴ conf. anexo 54 - Quadro 32 (p. 81 – Anexos)

de família que os das aldeias. Neste ponto pode-se questionar o que foi referido relativamente às causas do porquê dos utentes das aldeias irem menos ao médico de família, já que depois apresentam valores iguais aos residentes na cidade quando se trata de outras consultas, nomeadamente a médicos especialistas, que na sua grande maioria são consultas privadas e muitas vezes sem participação. Neste contexto podemos colocar a mesma questão de Tavares (2106) “que relação existe entre as representações e as práticas relativas à saúde e à doença?”, à qual ele responde que as representações dão sentido, organizam e induzem as práticas, pelo que as práticas dependem das representações⁴⁵. Essas representações estão interligadas com os saberes dos indivíduos, quer devido às experiências pessoais de doença quer pela vivenciada pelos seus pares. Estes saberes adquiridos ao longo da vida através de informação recolhida de várias fontes e entidades, ou por experiência própria e/ou de vivência dessas mesmas por outros mais ou menos próximos (familiares, amigos, vizinhos) podem induzir conhecimentos mais ou menos leigos sobre as doenças e suas possíveis consequências. Todos estes saberes, associados à cronicidade da maioria das doenças nestas faixas etárias, estabelecem certas prioridades para o seu tratamento, uma das quais é a supremacia do saber médico e neste caso do saber mais especializado o qual supera o saber médico não especialista.

Ainda relacionado com o autocuidado com a saúde foi perguntado, qual a “frequência com que faziam exames médicos” a resposta com maior percentagem foi de que o fazem “duas vezes por ano” (36,1%).

Desta forma temos que, relativamente ao cuidado com a saúde relacionado com as idas ao médico, à execução de exames médicos, comparando a cidade com as aldeias:

- Na cidade 42% fazem exames duas vezes por ano; 43% vão a uma consulta duas vezes por ano e 10% não faziam exames médicos há mais de um ano.
- Nas aldeias a maior percentagem (33,3%) fazem exames uma vez por ano, quanto às consultas a maior percentagem encontrada foi também de duas por ano (37,6%), enquanto uma percentagem de 14,7% de inquiridos não fazem exames há mais de um ano. Este parâmetro (exames médicos) está

⁴⁵ Desenvolvimento e citação efetuados no capítulo 2.1.

interligado com as consultas do médico de família, entidade que na maior parte dos casos é quem prescreve a realização de exames médicos, pelo que as menores percentagens encontradas nas aldeias relativamente aos exames médicos poderão estar interligadas com menor percentagem de idas ao médico de família.

6.3 - CONCEÇÕES DE SAÚDE

O envelhecimento, ou a forma como cada um vive a sua velhice, depende de vários fatores originando diferentes comportamentos, já anteriormente referidos. Esses comportamentos podem ter sido assimilados ao longo da vida ou ser vivenciados só nesta fase, o que eventualmente será o mais provável, uma vez que num passado não muito longínquo os idosos tinham mais apoio da família, atendendo a que a maioria das mulheres (nesta região) ou não tinham empregos, ou se trabalhavam era no campo o que lhes possibilitava mais facilmente o cuidar dos filhos e pais, sendo também estes respeitados como fonte de saber e experiência.

O ser humano é conceptualizado como parte de um todo, em que a interação com os outros colabora para o desenvolvimento no seu todo, exercendo influências e sofrendo influências diretas ou indiretas de tudo o que o rodeia. No entanto o ser humano agrega no seu todo diferenças em relação aos outros, tendo, no entanto, capacidade para decidir face às suas crenças (Silva, 2008).

Todas estas vivências vão sendo incorporadas e percecionadas ao longo da vida dando origem a certas crenças e conceções as quais poderão criar expectativas, positivas ou negativas, do presente e do que o futuro lhes reserva. Estas crenças/conceções são muitas vezes baseadas em saberes leigos adquiridos ou concebidos através da experimentação de certas situações, mais ou menos semelhantes às anteriormente vivenciadas, às quais cada indivíduo dá uma certa relevância, agindo em cada nova situação consoante as suas crenças, saberes e/ou expectativas.

O envelhecimento é muitas vezes encarado, quer por parte dos idosos quer dos mais novos, com uma visão pessimista associada à morte, razão pela qual muitos indivíduos desistem de elaborar projetos futuros, sobrepondo-se a deterioração

física a tudo o resto dando origem a sentimentos de desânimo, de desilusão e infelicidade, os quais muitas vezes os conduzem para situações de marginalização. Este isolamento percecionado e vivido pelos idosos pode conduzi-los a situações mais complexas de solidão, doença e carências afetivas. Os paradigmas associados ao envelhecimento vão também influenciar a visão que cada um tem sobre a saúde/doença e as condicionantes que daí podem advir, dando origem a várias conceções de saúde, dependentes de todo um passado vivenciado e que podem influenciar de forma positiva ou não um futuro mais ou menos longo e com qualidade.

Desta forma pretendeu-se averiguar as perceções e conceitos existentes nesta população relativamente à saúde/doença, suas causas e consequências e de que forma fatores exteriores aos indivíduos poderiam interferir neste binómio.

No questionário das USF foram inseridas duas perguntas (11 e 12) para avaliar quais as perceções de saúde que os inquiridos tinham, quer relativamente à sua saúde quer ao modo como percecionavam a saúde em geral.

QUADRO 13 – PERCEÇÕES DE SAÚDE 1

Perceções da sua saúde	Parece que adoço mais facilmente que os outros	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar	A minha saúde é ótima
Absolutamente verdade / Verdade	12,4%	63,4%	49%	51,5%
Não sei	5,4%	5,4%	13,9%	2%
Falso / Absolutamente Falso	82,2%	31,2%	37,1%	46,5%
Total	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Conforme se pode observar no quadro 13, sobre as perceções de saúde (relacionadas com a própria saúde), apesar da média de idades ser de 75 anos a maioria, 82,2%, refere que é “falso ou absolutamente falso” que “adoçam mais que outras pessoas da mesma idade”, sendo os homens (87,1%), os com idades entre os 70-74 anos (87,8%), os da cidade (87%) e os com mais habilitações literárias (96%) os que apresentam percentagens maiores⁴⁶.

⁴⁶ conf. anexo 56 - Quadros 33 e 34 (p. 83 – Anexos)

Dos inquiridos a maioria (63,4%) refere que é “verdade ou absolutamente verdade” serem “tão saudáveis como qualquer outra pessoa” (63,4%), sendo os homens (76,5%), os com idades entre os 65-69 anos (68,2%), os da cidade (70%) e os com mais habilitações literárias (72%) os que apresentam percentagens maiores, no género essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)⁴⁷.

Quanto às perspetivas futuras “estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar” 49% consideram esta afirmação “absolutamente verdade/verdade”, uma visão maioritariamente partilhada pelas mulheres (53%), pelos da faixa etária dos 80 e mais anos (55,8%), nas aldeias (53,9%) e nos com menor escolaridade (50%); os valores relativos à idade e ao local de residência são estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁴⁸.

Relativamente à categoria “a minha saúde é ótima”, a maioria consideram-na “absolutamente verdade/verdade” (51,5%): as mulheres referem em maior percentagem que é “falso/absolutamente falso” (64,1%), em contrapartida os homens consideram “absolutamente verdade/verdade” (76,5%). Quanto às idades apesar das diferenças não serem relevantes são os mais novos (54,5%) e os mais velhos (51,9%) que apresentam maiores percentagens no “absolutamente verdade/verdade”, assim como os com mais habilitações literárias (72%), comparativamente na cidade consideram-na “absolutamente verdade/verdade” (63%), enquanto que nas aldeias a consideram como “falso/absolutamente falso” (55,9%), sendo os valores relativos ao género ($p=0$) e ao local de residência estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁴⁹.

De uma forma resumida, apesar de os resultados obtidos serem muito semelhantes em todas as questões, podemos observar que as mulheres verbalizam que são mais doentes e que no futuro essa condição se irá agravar. A maior diferença encontrada foi de que a maior percentagem das mulheres considera “falso/absolutamente falso” que a sua “saúde seja ótima”, enquanto que nos homens se observa o oposto, a maior percentagem acha que é “absolutamente verdade/verdade”. Estes valores vão ao encontro dos apresentados no capítulo anterior, 5.2 e no 6.1, em que as mulheres têm mais doenças e consideram o seu estado de saúde mau, enquanto que os homens têm menos doenças e consideram o seu estado de saúde razoável.

⁴⁷ conf. anexo 59 - Quadros 35 e 36 (p. 86 – Anexos)

⁴⁸ conf. anexo 62 - Quadros 37 e 38 (p. 89 – Anexos)

⁴⁹ conf. anexo 65 - Quadros 39 e 40 (p. 92 – Anexos)

Quando se comparam os resultados obtidos nestas variáveis entre cidade e aldeias, nas aldeias os resultados são equiparáveis aos observados nas mulheres em geral.

Relativamente às habilitações literárias os com menos habilitações referem ser mais doentes e mais pessimistas, contrariamente aos com mais habilitações que referem ser mais saudáveis e mais otimistas. Também estes resultados reforçam os encontrados e analisados no ponto 6.1.

Observando agora os resultados da pergunta nº 11, na qual as questões são direcionadas para a saúde em geral, fazendo-a depender dos comportamentos de cada um e de uma certa inevitabilidade, do “destino”, apresentam-se no quadro 14 os resultados obtidos.

QUADRO 14 - PERCEÇÕES DE SAÚDE 2

Perceções da sua saúde	A maior parte das doenças resultam da falta de cuidado das pessoas	Por mais cuidado que se tenha não se pode evitar as doenças que aparecem com a idade	Ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte	Manter uma boa saúde implica fazer alguns sacrifícios nos hábitos quotidianos	A maior parte das doenças não se podem evitar	Se a vida for vivida de forma saudável, há grandes hipóteses de evitar muitas doenças	Certas doenças são “herança de família”
Concordo total / parcialmente	88,1%	95,5%	83,1%	90,6%	90,1%	92%	84,1%
Não concordo nem discordo	3%	2,5%	4%	2%	3,5%	4%	3,5%
Discordo parcial / totalmente	8,9%	2%	12,9%	7,4%	6,4%	4%	12,4%
Total	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)	100% (n=202)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Quanto às perceções de saúde a maioria, concorda total ou parcialmente que:

- “a maior parte das doenças resultam da falta de cuidado das pessoas” (88,1%), sendo os homens (89,4%), os da faixa etária dos 70-74 anos (95,9%), os da cidade (94%) e os com mais habilitações literárias (92%) que apresentam maior percentagem; os valores relativos ao local de residência e à escolaridade são estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁵⁰;

⁵⁰ conf. anexo 68 - Quadros 41 e 42 (p. 95 – Anexos)

- que “por mais cuidado que se tenha não se pode evitar as doenças que aparecem com a idade” (95,5%), sendo as mulheres (96,6%), os da faixa etária dos 65-69 anos (100%), os residentes na cidade (97%) e os com o 1º ciclo completo (97,9%) que apresentam maior percentagem⁵¹;
- que “ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte” (83,1%), sendo as mulheres (88%), os com idades entre os 75-79 anos (91,2%), os residentes nas aldeias (88,2%) e os sem escola e 1º ciclo incompleto (92,7%) que apresentam maior percentagem, sendo os valores relativos ao género, local de residência e à escolaridade estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁵²;
- que “manter uma boa saúde implica fazer alguns sacrifícios nos hábitos quotidianos” (90,6%), sendo as mulheres (92,3%), os com idades entre os 75-79 anos (94,7%), os residentes na cidade (94%) e os com mais habilitações literárias (96%) que apresentam maior percentagem⁵³;
- que “a maior parte das doenças não se podem evitar” (90,1%), sendo as mulheres (94,9%), os com idades entre os 70-74 anos (93,9%), os residentes nas aldeias (91,2%) e os sem escola ou 1º ciclo incompleto (93,9%) que apresentam maior percentagem, sendo os valores relativos ao género estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁵⁴;
- que “se a vida for vivida de uma forma saudável há grandes hipóteses de evitar muitas doenças” (92%), sendo as mulheres (94%), os da faixa etária dos 70-74 anos (95,9%), os da cidade (95%) e os com mais habilitações literárias (96%) que apresentam maior percentagem⁵⁵;
- que “certas doenças são herança de família” (84,1%), sendo também as mulheres 92,3%), os da faixa etária dos 70-74 anos (93,9%), os da cidade (85%) e os com mais habilitações literárias (96%) que apresentam maior percentagem sendo os valores relativos ao género e à idade estatisticamente significativos ($p < 0,05$)⁵⁶.

⁵¹ conf. anexo 71 - Quadros 43 e 44 (p. 98 – Anexos)

⁵² conf. anexo 74 - Quadros 45 e 46 (p. 101 – Anexos)

⁵³ conf. anexo 77 - Quadros 47 e 48 (p. 104 – Anexos)

⁵⁴ conf. anexo 80 - Quadros 49 e 50 (p. 107 – Anexos)

⁵⁵ conf. anexo 83 - Quadros 51 e 52 (p. 110 – Anexos)

⁵⁶ conf. anexo 86 - Quadros 53 e 54 (p. 113 – Anexos)

Mais uma vez estes resultados vêm reforçar os encontrados e descritos anteriormente sobre as concepções sobre a saúde e os cuidados que têm para a manter.

Pelo que de uma maneira mais concisa relativamente à percepção do seu estado de saúde e conceitos sobre a saúde temos:

- Nas aldeias, são mais pessimistas, mais crentes na sorte e na inevitabilidade dos acontecimentos; são mais negativistas quanto à percepção do seu estado de saúde atual; têm menos cuidados com a saúde; não consideram que a maior parte das doenças resultem da falta de cuidado das pessoas, nem que por terem mais cuidado possam evitar as doenças que aparecem com a idade; acham que ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte; não consideram que para manterem uma boa saúde implique fazerem sacrifícios nos hábitos quotidianos, nem que se viverem de uma forma saudável terão grandes hipóteses de evitar muitas doenças; acham que a maior parte das doenças não se podem evitar; estão mais convencidos que a sua saúde vai piorar e não acham a sua saúde ótima, verbalizam que são mais doentes e que adoecem mais que pessoas da mesma idade.
- As mulheres assumem-se como mais doentes e mais pessimistas quanto ao futuro.
- Os inquiridos com mais habilitações literárias referem ser mais saudáveis e mais otimistas com o futuro.
- Nas idades as diferenças não são muito significativas exceto na afirmação “estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar” em que os com 80 e mais anos apresentam uma percentagem maior que os mais novos verbalizando que é “absolutamente verdade/verdade”. Apresentando também uma percentagem maior na afirmação “ter ou não ter saúde é uma questão de sorte”, onde os mais velhos “concordam total/parcialmente”. É também interessante verificar que a faixa etária de 80 e mais anos (o inquirido mais velho tinha 99 anos) continua otimista quanto ao futuro, tem consciência das limitações e condicionantes próprias da idade ou da “sorte/destino”, tem consciência do seu estado de saúde e/ou doença, não

desanima e continua a fazer os possíveis para que o seu estado de saúde não se agrave.

As concepções e crenças sobre a saúde podem estar relacionadas com o que cada um pensa e sente relativamente à sua saúde, atual e futura, e com o que interiorizou sobre conceitos e “mitos” sobre a saúde em geral. Podem também ser influenciadas pelos sistemas civilizacionais locais. Segundo Albuquerque & Oliveira (2010), as concepções constituídas sobre saúde e doença são muito diferentes.

O que ressalta dos resultados obtidos é o positivismo encontrado nesta população, apesar das faixas etárias serem maioritariamente de inquiridos com 75 e mais anos, no total da amostra a maioria tem uma boa perceção sobre a sua saúde atual, verbalizando, no entanto, que no futuro ela irá piorar. No que concerne a certas crenças e mitos sobre a saúde também se observou que os inquiridos os consideram como verdadeiros (sorte, herança de família, inevitabilidade). Nesta perspetiva pode-se inserir o referido por Collin (2003) como a “gestão da saúde por meios externos ao indivíduo” na qual se consideram dependentes dos medicamentos como forma de impedir que a doença se desenvolva, não tendo por isso certo tipo de condutas preventivas (cuidado com a alimentação) uma vez que a medicação se apresenta como um complemento para o bom funcionamento do corpo.

Quanto à saúde depender do estilo de vida de cada um também os resultados demonstram que a população analisada considera esta afirmação como verdadeira.

Estes conceitos, segundo Nogueira (2002)⁵⁷ dependem do desconhecimento ou falta de perceção do envelhecimento como processo natural de aprendizagem e de vida, sendo o contexto em que cada um está inserido uma forma de condicionar o seu comportamento. O mesmo autor, e segundo a teoria do *habitus* de Bourdieu, refere que toda uma existência pode ser condicionada e desta forma condicionar a perceção que se tem sobre o envelhecimento, desta forma os conceitos de que o envelhecimento é um percurso normal de vida podem ser

⁵⁷ Ver capítulo 1.1.

encarados de forma positiva ou negativa influenciando assim todo um estilo de vida.

Estas considerações negativistas podem ser demonstrativas de uma percepção negativa do envelhecimento, que desta forma influencia quer o estilo de vida quer a adesão à medicação. É a diferença entre “ser velho” e “sentir-se velho”, que não depende exclusivamente do número de anos vividos, mas sobretudo da forma como foram e são vividos e de como é encarado o futuro.

6.4– RELAÇÃO COM OS FARMACÊUTICOS

Uma das variáveis que podem interferir e influenciar a adesão à terapêutica é a relação com os profissionais de saúde, sendo imprescindível a existência de confiança, disponibilidade e apoio, por parte destes profissionais. A primeira abordagem com o doente é, na maioria dos casos, efetuada pelo médico pelo que este tem um papel insubstituível nesta variável, no entanto o farmacêutico pode, e deve ter também um papel muito importante, sobretudo se tivermos em atenção as características da população em estudo (idade, local de residência rural e grau de literacia).

Nesta parte serão descritos os resultados obtidos nos dois questionários quanto à relação existente entre os utentes e os farmacêuticos. No que concerne às relações com os médicos só foi pesquisado o relativo às consultas médicas, já exposto no capítulo 6.2, não tendo sido pesquisada a relação interpessoal entre utentes e esses profissionais.

QUADRO 15 – CRUZAMENTOS ENTRE PEDIDO DE INFORMAÇÕES AOS FARMACÊUTICOS E LOCAL DE RESIDÊNCIA (USF)

Local residência	Esclarecimento	Nunca/ Raramente	Frequentemente / Sempre	Total
Cidade	Finalidade dos medicamentos	82,5% (n=66)	17,5% (n=14)	100% (n=80)
	Contra indicações dos medicamentos	92,5% (n=74)	7,5% (n=6)	100% (n=80)
	Modo de tomar os medicamentos	76,3% (n=61)	23,7% (n=19)	100% (n=80)
Aldeia	Finalidade dos medicamentos	85% (n=74)	15% (n=13)	100% (n=87)
	Contra indicações dos medicamentos	93,1% (n=81)	6,9% (n=6)	100% (n=87)
	Modo de tomar os medicamentos	85% (n=74)	15% (n=13)	100% (n=87)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Desta forma observou-se que a grande maioria dos inquiridos não pede qualquer tipo de informação, aos farmacêuticos, sobre a medicação prescrita, em ambos os questionários (quadros 15 e 16).

Apesar do que já foi descrito relativamente à situação socio económica dos inquiridos é pertinente verificar, que nos questionários das USF a maioria (62,2%) “raramente/nunca” pede os medicamentos mais baratos, também “raramente/nunca” pergunta qual a finalidade dos medicamentos (82,5%), as contra-indicações (92,5%) e o modo de tomar os medicamentos (76,3%), (quadro 15). Verifica-se também que nas aldeias a percentagem de não pedido de esclarecimento é maior que na cidade, sendo estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (quadro 15).

Durante a aplicação dos questionários, nas USF, constatou-se que nesta questão os inquiridos respondiam ou que já tomavam essa terapêutica há muito tempo (conhecimentos e práticas adquiridas e experienciadas, fazendo por isso parte da sua vivência), ou que o esclarecimento tinha sido dado pelo médico ao prescrever, ou ainda que tinham confiança no médico e nas suas prescrições pelo que não eram necessários mais esclarecimentos, demonstração da importância de uma boa relação médico doente ou de uma subjugação do doente ao médico, o que se pode traduzir na possibilidade de uma maior adesão às orientações dadas por estes profissionais.

Esta questão sobre as relações com os farmacêuticos foi encontrada em vários estudos consultados para este trabalho, no entanto uma diferenciação de atitudes

entre população rural e urbana não foi encontrada, desta forma as interpretações que possam advir da análise destes resultados são baseadas quer no que já foi referido sobre as diferenças entre rural e urbano (idade e escolaridade), quer na observação direta e experiência profissional da autora sobre essas diferenças. Esta população rural mais idosa, menos escolarizada, com estilos de vida diferentes da população da cidade e até há alguns anos com grandes dificuldades na frequência de consultas médicas (num passado ainda recente muitas das aldeias não tinham médico) mantém uma relação de “endeusamento” que os inibe de pedir explicações ao médico e/ou aos farmacêuticos, admitindo que isso possa ser lido como questionar o saber médico.

Também nos questionários das USF se apurou que na pergunta “quando avia uma receita costuma ser informado pelo farmacêutico da existência de diferentes marcas e preços para o mesmo medicamento, para que possa escolher?” 28,3% responderam que sim, 33,7% que não e 38% que às vezes⁵⁸.

Em algumas aldeias, devido ao facto de não existir farmácia, nem posto de venda de medicamentos, as receitas são levantadas por um funcionário de uma farmácia, com sede em Évora, são aviadas na respetiva farmácia, sendo posteriormente entregues no posto médico onde os utentes as vão buscar, o que impossibilita qualquer tipo de relação e eventuais esclarecimentos com os farmacêuticos. Noutros casos verificou-se que não eram os próprios utentes a ir à farmácia, mas sim algum familiar, maioritariamente um dos membros do casal. Todos estes casos não foram contabilizados.

⁵⁸ conf. anexo 31 – Gráfico 26 (p. 58 – Anexos)

QUADRO 16 – CRUZAMENTOS ENTRE PEDIDO DE MEDICAMENTOS MAIS BARATOS, SEXO E LOCAL DE RESIDÊNCIA (F)

		Sim	Não	Total
Sexo	Feminino	27,7%	72,3%	100% (n=195)
	Masculino	35,5%	64,5%	100% (n=141)
Idade	65-69 anos	38,4%	61,6%	100% (n=125)
	70-74 anos	21,5%	78,5%	100% (n=65)
	75-79 anos	28,6%	71,4%	100% (n=56)
	>= 80 anos	28,9%	71,1%	100% (n=90)
Local residência	Cidade	29,3%	70,7%	100% (n=229)
	Aldeia/vila	34,6%	65,4%	100% (n=107)

Fonte: Questionários das Farmácias (maio 2015)

Nos questionários das farmácias também se verificou que na escolha dos medicamentos 69% não pediu informação ao farmacêutico sobre quais levar, sendo as mulheres (72,3%), os com idades 70-74 anos (78,5%) e na cidade (70,7%) os que em maior percentagem não pedem informação ao farmacêutico sobre quais os medicamentos que deveriam levar, neste caso relacionado com os medicamentos mais baratos (quadro 16)⁵⁹. No local de residência os valores encontrados nas respostas a esta pergunta são diferentes nos dois questionários, enquanto que nos questionários das USF a maioria dos inquiridos que não pede informações sobre quais os medicamentos a levar/mais baratos reside nas aldeias, nos questionários das farmácias a maioria reside na cidade. A não existência de outros estudos encontrados sobre estas diferenças (rural, cidade), ou dados verificados neste âmbito torna difícil a explicação desta desigualdade. Seria interessante analisar (em estudos futuros) porque é que os residentes nas aldeias (questionários das USF), com mais dificuldades económicas, apesar de terem mais participações na compra de medicação, não pedem medicamentos mais baratos. Também nos questionários das farmácias a situação se mantém, sendo que os da cidade também não solicitam, na sua maioria medicamentos mais baratos.

Estes comportamentos corroboram o referido por Britten (2008) e Lopes (2003), tendo por base vários estudos, em que dizem que cerca de metade dos doentes

⁵⁹ conf. anexo 32 - Quadro 21 (p. 59 – Anexos)

prefere inquirir o médico sobre a medicação, dosagem e quantidade a adquirir e que em relação aos farmacêuticos só menos de 40% o faziam.⁶⁰

Britten (2008)⁶¹ cita outros estudos nos quais os resultados apurados demonstraram, também, o não pedido de informação aos farmacêuticos, ou no caso de o fazerem as percentagens serem inferiores a 40%, tendo-se verificado o mesmo neste estudo. No entanto o mesmo autor refere um estudo em que os resultados foram diferentes, sendo os farmacêuticos constantemente questionados pelos utentes. Estas diferenças podem ser resultantes de inúmeras variáveis, nomeadamente o local de residência, idade, género, escolaridade e metodologia do estudo efetuado.

Estes valores apresentam-se contraditórios face ao estudo de Branco & Nunes (2009), sobre genéricos, no qual os inquiridos (com idade igual ou superior a 18 anos e questionados via telefónica) responderam que a sua principal fonte de informação era a farmácia, as diferenças existentes quer na amostra quer no método utilizado, podem ser a razão pela qual, talvez, se possa explicar a diferença nos resultados⁶².

Nesta vertente da relação com os farmacêuticos, que como se pôde observar pelos resultados já descritos, se baseia na grande maioria dos casos na compra dos medicamentos prescritos, não se verificaram diferenças significativas em ambos os questionários (USF e farmácias). Nos questionários das farmácias e relativamente à informação do farmacêutico sobre a existência de diferentes preços para o mesmo medicamento, para que o utente pudesse escolher, só em 28,3% dos casos a resposta foi sim, o que poderá ser uma demonstração de uma certa falta de disponibilidade da maioria dos farmacêuticos.

Os valores apresentados relativamente à falta de pedido de informação aos farmacêuticos, podem ser demonstrativos quer do conhecimento dos inquiridos sobre todos estes temas, conhecimento esse que pode advir de uma boa informação médica, do uso prolongado da terapêutica ou de um desconhecimento encoberto por uma certa “vergonha” de demonstrar “ignorância” em relação à

⁶⁰ Para informação mais detalhada ver capítulo 3.5.

⁶¹ Para leitura mais detalhada ver capítulo 2.4, ou “Medicines and society. Patients, professionals and the dominance of pharmaceuticals”, de Nicky Britten (2008).

⁶² Iden.

medicação prescrita. Esta questão ficou em aberto uma vez que estas respostas não foram aprofundadas, o que teria sido uma mais valia para um conhecimento mais apurado.

Depois desta apresentação de dados sobre o estado de saúde, autocuidado e conceitos de saúde, assim como das relações existentes entre inquiridos e farmacêuticos, passamos à apresentação dos dados sobre a medicação prescrita, medicamentos de venda livre/sem receita médica e tratamentos caseiros (mezinhas).

7 – MEDICAÇÃO PRESCRITA, MEDICAÇÃO DE VENDA LIVRE E MEZINHAS CASEIRAS

Neste capítulo será efetuada a descrição e análise quer da medicação prescrita pelos médicos, quer a utilizada sem prescrição médica (medicamentos de venda livre), assim como os tratamentos caseiros “mezinhas” utilizados pela população em estudo. No âmbito da medicação prescrita ir-se-á expor a quantidade de medicação prescrita e tomada. Relativamente aos medicamentos de venda livre e tratamentos caseiros serão descritos os que são mais utilizados assim como as perceções dos seus utilizadores quanto à sua toma e eventuais efeitos secundários com a toma conjunta da medicação prescrita.

Com a evolução da medicina e dos meios auxiliares de diagnóstico mais facilmente são diagnosticadas doenças (agudas ou crónicas), que num passado ainda recente só o eram já em fases tardias. A par deste desenvolvimento associa-se o crescimento da indústria farmacêutica, com mais medicamentos quer para patologias “novas”, quer para as mais prevalentes, com mais variedade de componentes e respetivos benefícios. Segundo dados do INE (2016a) houve um aumento no consumo de medicamentos prescritos, na população a partir dos 55 anos e como se pode observar nos gráficos I, II e III (capítulo 1.1; pp. 26 e 27) mais acentuadamente nas faixas etárias mais elevadas.

Estes fatores são da máxima relevância, por tudo o que já foi mencionado e sobretudo devido à faixa etária e características da população deste estudo. Numa abordagem geral temos de contextualizar, as condições sócio económicas e de saúde, o género, as idades, o local de residência, a escolaridade, as expetativas face aos resultados e os efeitos secundários. Também a perceção e identificação dos sintomas da(s) patologia(s), a complexidade e duração do tratamento, inexistência de resultados a curto prazo, as explicações dadas pelos profissionais de saúde e a forma como cada um compreende, ou não, o que lhe foi dito, podem condicionar a adesão e/ou abandono da medicação.

As crenças ou ideias que cada um desenvolveu sobre os medicamentos pode influenciar as decisões sobre quais os tratamentos mais indicados para cada patologia (Klein & Gonçalves, 2005). Estas crenças podem estar associadas a visões negativistas sobre os perigos dos medicamentos, estando relacionadas com as suas origens artificiais e químicas.

Um dos fatores referido inúmeras vezes por vários autores (Duque, 2011; Gellad et al., 2011; Henriques, 2011; Lumme-Sandt & Virtanen, 2002; Secoli, 2001) é a questão da polimedicação e a forma como ela pode interferir quer na saúde dos doentes, com os seus benefícios, mas também através do aumento de efeitos secundários nefastos. Concomitantemente o uso de muitos medicamentos, além da componente económica que acarreta, pode causar dúvidas sobre o modo de tomar, o que pode desta forma influenciar quer o abandono da medicação prescrita, quer a toma incorreta da mesma. A componente económica na atualidade está, em alguns casos, minimizada quer devido aos apoios que os mais necessitados usufruem (isenções e/ou comparticipações) quer com a introdução no mercado de genéricos e com o registo nas receitas do preço máximo a pagar. No entanto esta prática torna-se muitas vezes num componente quer para o abandono, quer para a possibilidade da toma incorreta da medicação, uma vez que em muitos casos as embalagens e respetivos comprimidos, para patologias diferentes, são similares o que torna difícil diferenciar qual a finalidade dos diferentes comprimidos. Também a existência de cada vez mais comprimidos com o mesmo princípio ativo, de laboratórios diferentes e consequentemente com formas e cores variadas (observação direta da investigadora e Índice Nacional Terapêutico, 2013) pode provocar confusão, sobretudo neste tipo de população com baixa literacia, muitas vezes com diminuição da visão, a viverem sós e sem familiares ou amigos que os possam elucidar e sem pedir, nem receber informação dos farmacêuticos sobre a medicação. Além disto estavam habituados às mesmas embalagens e comprimidos, alguns durante muitos anos, sendo esta outra das vertentes muitas vezes ignorada neste contexto. Os utentes estavam habituados aos medicamentos, cada um com caixa diferente e com comprimidos diferentes, era usual quando se perguntava que comprimidos estava a tomar responderem “*não sei o nome, mas é para a tensão e são uns comprimidos redondos, cor de rosa e a caixa é branca e verde*”, atualmente tudo isto se torna quase impossível, mesmo os com mais habilitações literárias têm por vezes dificuldade em perceber qual a indicação terapêutica de cada medicamento, informação verbalizada por alguns inquiridos durante a aplicação dos questionários.

Com todas estas conjunções e com utentes a tomar até 21 medicamentos e 27 comprimidos por dia (o apurado neste estudo) o difícil é não trocar ou não abandonar a medicação.

Outro dos aspetos que pode influenciar a adesão nestas faixas etárias é a dificuldade, muitas vezes existente, de aceitarem o processo de envelhecimento, com o eventual aparecimento ou descoberta de certas patologias, sobretudo se não apresentarem sintomatologia. Numa população que quando no ativo, e mesmo na reforma, foi e é maioritariamente de trabalhadores rurais, mais difícil se torna compreenderem a necessidade de medicação, tendo em conta a não perceção de doença, assim como a necessidade de continuarem com a sua atividade laboral, a qual pode ser afetada quer pelos eventuais efeitos secundários que alguns medicamentos podem provocar, quer pela necessidade de idas regulares ao médico para consultas, execução de exames médicos e/ou pedido de receituário. Também as crenças relacionadas com a medicação consequência de vários fatores como a cultura, crenças e relações com os profissionais podem ser motivos para a não adesão à medicação⁶³.

Klein & Gonçalves (2005) relatam que as pessoas que se capacitam como vulneráveis a uma determinada doença acreditando que a mesma tem prováveis consequências graves para a sua saúde e estilo de vida diário, têm mais probabilidades de aderir ao processo terapêutico. Por outro lado, avaliam os benefícios relativamente à possibilidade de prevenção da doença, controlo, cura e/ou alívio dos sintomas.

7.1 – MEDICAÇÃO PRESCRITA

Apurou-se, nos questionários das USF, que a medicação prescrita era em primeiro lugar para o aparelho cardiovascular, desde os anti hipertensores aos anti dislipidémicos, passando pelos anticoagulantes e anti trombóticos. Em segundo, aparecem os fármacos para o SNC com destaque para os psicofármacos, seguidos de medicação para o sangue; doenças endócrinas;

⁶³ Ver capítulo 2.1. Referências de Melo (2015) e Britten (2008).

aparelho digestivo e aparelho locomotor (quadro 17)⁶⁴. Estes representam os seis primeiros conjuntos de medicamentos, por grupo farmacológico.

QUADRO 17 – MEDICAMENTOS MAIS RECEITADOS - USF

Indicação terapêutica	%
Aparelho Cardiovascular	40,1
Sistema Nervoso Central	15,3
Sangue	8,9
Doenças Endócrinas	7,9
Aparelho Digestivo	5,9
Aparelho Locomotor	5

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Nos questionários das farmácias os resultados apurados coincidem em larga medida com os resultados das USF, aparecendo também em primeiro lugar os fármacos para o aparelho cardiovascular, divididos entre anti hipertensores, anti dislipidémicos, anticoagulantes, anti trombóticos e antiarrítmicos. Seguem-se os destinados ao SNC em que os psicofármacos apresentam a maior percentagem. Em terceiro lugar apresentam-se os medicamentos para o sangue, seguidos dos para as doenças endócrinas, para o aparelho digestivo e seguidamente os destinados ao aparelho locomotor (quadro 18)⁶⁵.

QUADRO 18 – MEDICAMENTOS MAIS RECEITADOS - FARMÁCIAS

Indicação terapêutica	%
Aparelho Cardiovascular	26,9
Sistema Nervoso Central	14,1
Sangue	6,6
Doenças Endócrinas	6,3
Aparelho Digestivo	5,4
Aparelho Locomotor	4,8

Fonte: Questionários das Farmácias (maio 2015)

⁶⁴ Para uma leitura mais detalhada ver anexos 89 a 91, gráficos 61 a 66 nos (pp. 116 a 118)

⁶⁵ Para uma leitura mais detalhada ver anexos 102 a 104, gráficos 73 a 78 (pp. 129 a 131), estes representam, também, os seis primeiros grupos de medicamentos, por grupo farmacológico.

Estes medicamentos (USF e farmácias) estão de acordo com as patologias mais prevalentes deste estudo, conforme apresentado no ponto 5.2 (quadro 9, p. 113). Nas diversas pesquisas efetuadas (Pordata; INE e Infarmed) não foram encontrados dados sobre os medicamentos mais vendidos em Portugal, pelo que não foi possível comparar com os resultados encontrados neste estudo⁶⁶. Os dados apresentados em nota de rodapé poderão dar-nos uma ideia dos mais vendidos, muito embora as fontes de informação sejam discutíveis.

Nos questionários das USF o número de medicamentos⁶⁷ tomados por dia encontra-se entre zero e vinte e um, neste caso são os homens, os da faixa etária 80 e mais anos, nas aldeias e nos com mais habilitações a apresentarem um número superior de toma de comprimidos por dia.⁶⁸ A média de medicamentos tomados por dia, situa-se nos 6,69 (quadro 19). Quanto ao número de comprimidos tomados por dia⁶⁹ (quadro 20) varia entre zero e vinte e sete, sendo as mulheres, a faixa etária 75-79 anos, na cidade e os com menos escolaridade que apresentam valores mais elevados⁷⁰. Como média de comprimidos tomados por dia temos 7,4 (quadro 19). O número de medicamentos receitados está entre

⁶⁶ Por este motivo foi enviado ao INFARMED um email, em 27/09/2016, a solicitar informação dos grupos farmacológicos mais vendidos, ao qual se obteve resposta em 06/10/2016, a qual não respondia ao que foi solicitado.

As únicas referências encontrados sobre os medicamentos mais vendidos em Portugal em 2010 e 2011 foram no site da farmácia Rodrigues Rocha que referem os analgésicos os medicamentos mais vendidos em Portugal em 2010, num total de mais de 19 milhões de embalagens vendidas, logo seguidos dos reumáticos não esteroides, que venderam perto de 14 milhões de embalagens e ainda dos tranquilizantes, que ultrapassaram os 13 milhões de embalagens vendidas nas farmácias. (Notícia RCMPharma). Mas a consultora faz ainda uma análise por valor e aí o Top 10 dos medicamentos mais vendidos em Portugal é bem diferente. Os analgésicos perdem lugar de destaque no ranking, assim como os outros dois grupos de medicamentos (reumáticos não esteroides e tranquilizantes) para dar o primeiro lugar no pódio aos reguladores do colesterol. Estes representaram mais de 164 milhões de euros, logo seguidos dos anti ulcerosos que corresponderam a vendas totais de mais de 135 milhões de euros. Os anti psicóticos corresponderam a 107 milhões de euros, estando no quinto lugar em termos de valor e os antiépiléticos estão na décima posição neste ranking da IMS Health com 62 milhões de euros. Tanto uma como outra classe de medicamentos não figura no ranking em termos de embalagens vendidas. Os medicamentos para a hipertensão, que estão na terceira posição, em valor, encontram-se apenas na nona posição no que toca a embalagens vendidas em 2010, seis milhões. Os antidiabéticos estão na sétima posição em termos de valor, representando 73 milhões de euros, mas não constam no ranking das classes terapêuticas que venderam mais embalagens. A classe terapêutica dos antirreumáticos não terapêuticos está em segundo em termos de embalagens vendidas, mas apenas em sexto no que toca a valor, atingindo os 80 milhões de euros. Em 2011 os analgésicos e antipiréticos foram os medicamentos mais vendidos em janeiro desse ano. Venderam-se dois milhões de embalagens, seguindo-se os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, com perto de um milhão e meio de embalagens vendidas em janeiro de 2011. Estes são dados também da IMS Health referentes ao primeiro mês do ano. <http://www.farmaciarodriguesrocha.com/index.php?id=read&n=249>

Outra referência encontrada foi no site do Atlas da Saúde, numa notícia do jornal Público (2015) o qual refere que em unidades, entre janeiro e setembro, nas farmácias venderam-se mais antidepressivos (acréscimo de 8%), antiépiléticos e anti convulsionantes (mais 7%) e antidislipidémicos (fármacos para o colesterol, um aumento de 5,3%), entre outros tipos de medicamentos, de acordo com a última monitorização do Infarmed. <http://www.atladasaude.pt/publico/content/portugueses-estao-gastar-mais-dinheiro-com-medicamentos>

⁶⁷ conf. anexo 98 – Gráfico 69 (p. 125 – Anexos)

⁶⁸ conf. anexo 96 - Quadro 61 (p. 123 – Anexos)

⁶⁹ conf. anexos 94 e 95 – Gráfico 67 e Quadro 60 (pp. 121 e 122 – Anexos)

⁷⁰ conf. anexo 93 - Quadro 59 (p. 120 – Anexos)

zero e vinte e dois⁷¹.

QUADRO 19 - MÉDIA DO TOTAL DE MEDICAÇÃO POR DIA

	Número total comprimidos por dia	Número total medicamentos tomados por dia
Média	7,40	6,69

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

QUADRO 20 - NÚMERO TOTAL DE COMPRIMIDOS TOMADOS POR DIA

Nº comprimidos dia	Frequência	Percentagem
1 a 3 comp	28	14,7
4 a 6 comp	50	26,3
7 a 9 comp	58	30,5
>= 10 comp	54	28,4
Total	190	100,0

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Tendo em conta os diferentes valores apresentados no início do capítulo 2.5 (pp. 78 e 79), sobre o número de medicamentos prescritos e a consideração de polimedicação, qualquer um destes resultados se sobrepõe aos mencionados como polimedicação, que como já anteriormente referido, pode, eventualmente, aumentar os efeitos benéficos da terapia, através da interação mútua de ações farmacológicas, podendo ter como consequências negativas alterações dos efeitos desejados e aumento de efeitos secundários, além de que os custos económicos que implicam podem ser uma das causas para a não adesão à terapêutica.

Dos questionários das farmácias resulta que o número de medicamentos prescritos varia entre um e vinte por pessoa. A maioria tem receitados entre quatro e seis medicamentos, são as mulheres (contrariamente aos resultados obtidos através dos questionários das USF, onde são os homens a apresentar maior número de medicamentos prescritos), os da faixa etária dos 75-79 anos e os residentes na cidade que apresentam as percentagens mais elevadas⁷². Estes valores são coincidentes com os apresentados pelo INE conforme se pode verificar nos gráficos I e II do capítulo 1.1. A média de medicamentos receitados

⁷¹ conf. anexo 100 – Gráfico 71 (p. 127 – Anexos)

⁷² conf. anexo 99 - Quadro 62 (p. 126 – Anexos)

é distinta da verificada nas USF (4,3), situando-se entre 3,9 e 5. Os inquiridos que apresentam médias maiores são os da faixa etária 75-79 anos, com cinco medicamentos, a cidade com 4,3 apresenta uma média superior às aldeias/vilas com 3,9. Neste caso não há diferença entre os sexos, ambos com 4,3.⁷³

Foram vários os estudos consultados, para esta investigação⁷⁴, sobre o número de medicamentos prescritos e tomados, os quais, no entanto, só referem as médias de medicamentos tomados, não abrangendo nem o número de comprimidos, nem o número de medicamentos prescritos. No estudo de Costa (2009), (*in* Henriques, 2011; p. 12) a média de medicamentos tomada apresentava-se superior à deste estudo, com 7,3 medicamentos. Já no estudo de Soares (2009) (também *in* Henriques, 2011; p. 12) essa média era inferior, com 5,3, ambos os estudos foram efetuados no mesmo ano e em população idosa, no entanto os resultados obtidos foram diferentes entre eles e diferentes dos encontrados neste estudo (6,69), o que pode ser devido a numerosos fatores, nomeadamente tamanho da amostra, local de residência, sexo e metodologia utilizada. No entanto todos estes estudos demonstram uma polimedicação dos mais idosos, a qual poderá provocar mais malefícios que benefícios, além de poder ser um fator importante no abandono da medicação.

Assim verificou-se que quanto mais idosos maior a média de patologias, de comprimidos, de medicamentos tomados por dia e de medicamentos receitados. Também são as mulheres as que apresentam valores mais elevados nestes contextos. Outros estudos (Duque, 2011; Henriques, 2011), referenciados no capítulo 2.5⁷⁵, apresentaram resultados similares aos encontrados neste estudo, sendo só diferentes no que respeita ao local de residência, o qual foi de que o abandono era maioritário nos residentes em meio rural, sendo neste estudo maioritariamente na cidade⁷⁶.

A origem das receitas, nos questionários das farmácias, é maioritariamente do médico de família (77,4%), seguida dos médicos especialistas (8,9%)⁷⁷.

⁷³ conf. anexo 92 - Quadro 58 (p. 119 – Anexos)

⁷⁴ Informação mais detalhada no capítulo 2.5.

⁷⁵ Ver capítulo 2.5, pp. 78 e 79.

⁷⁶ Resultados apresentados no capítulo 8.

⁷⁷ conf. anexo 105 – Quadro 64 (p. 132 – Anexos)

À pergunta 18.1 dos questionários USF “da última vez que foi à farmácia aviou a medicação toda” 77,7% referiu que “sim”, apresentado a cidade uma percentagem superior (81,9% - quadro 21)⁷⁸. Ainda relacionado com o avio são os homens (83,5%) e os da faixa etária 70-74 anos (84,8%) que apresentam percentagens maiores de avio (quadro 22)⁷⁹.

QUADRO 21 – LOCAL DE RESIDÊNCIA E DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI À FARMÁCIA, AVIOU TODOS OS MEDICAMENTOS (USF)

	Local de residência		Total
	Cidade	Aldeia	
Sim	81,9%	73,7%	(n=150) 77,7%
Não	18,1%	26,3%	(n=43) 22,3%

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

QUADRO 22 - DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI À FARMÁCIA, AVIOU TODOS OS MEDICAMENTOS SEXO E IDADE (USF)

Aviou tudo		Sim	Não	Total
Sexo	Feminino	73,7%	36,3%	(n=114)
	Masculino	83,5%	16,5%	(n=79)
Idade	65-69 anos	76,2%	23,8%	(n=42)
	70-74 anos	84,8%	15,2%	(n=46)
	75-79 anos	72,7%	27,3%	(n=55)
	>= 80 anos	78%	22%	(n=50)

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Nos questionários das farmácias, sobre a mesma questão, 63,4% responderam que “sim”⁸⁰. Observando as percentagens mais elevadas temos, por género as mulheres (64,1%), na idade os de 75-79 anos (67,9%) e os residentes na cidade (67,2%), sendo neste caso a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)⁸¹. Podemos desta forma verificar que os resultados obtidos nos dois questionários são na sua maioria semelhantes, só se observando diferença no que diz respeito ao género que nas farmácias é maior o avio por parte das mulheres e nas USF é maior nos homens. Neste âmbito verifica-se que apesar de os homens, nas USF,

⁷⁸ conf. anexo 106 – Quadro 65 (p. 133 – Anexos)

⁷⁹ conf. anexo 107 – Quadro 66 (p. 134 – Anexos)

⁸⁰ conf. anexo 109 – Gráfico 81 (p. 136 – Anexos)

⁸¹ conf. anexo 110 – Quadro 67 (p. 137 – Anexos)

apresentarem um maior número de medicamentos tomados por dia, as mulheres tomando menos medicamentos tomam mais comprimidos.

7.2 – MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE

Como complemento à toma de medicação prescrita inquiriu-se também sobre a toma, ou não, de medicamentos de venda livre/não sujeitos a receita médica, da sua finalidade, periodicidade, da toma conjunta com a medicação prescrita e dos eventuais efeitos que daí poderiam advir.

Destas questões foi possível averiguar que apesar dos valores encontrados no abandono e dos motivos apresentados (expostos no capítulo 8) para o mesmo (alguns referirem que tomam medicamentos a mais e que abandonam por motivos económicos), verificou-se a utilização concomitante de medicamentos de venda livre, os quais são utilizados por 78,7% dos inquiridos, sendo tomados simultaneamente com a medicação prescrita, o que aumenta ainda mais quer o número de comprimidos, quer o de medicamentos. Esta percentagem é maior nas aldeias (88,2%) que na cidade (69%), sendo que neste caso a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)⁸², a utilização, por sexo, é diferente entre as aldeias e a cidade, nas aldeias são as mulheres as maiores consumidoras, enquanto que na cidade são os homens.

No gráfico VI do INE (2016a) (capítulo 2.2; p. 65) pode-se observar que são as mulheres as que utilizam mais estes medicamentos, não sendo, no entanto, a diferença muito significativa. Neste estudo e no contexto geral (cidade e aldeias) também são as mulheres que apresentam maior percentagem de utilização. Nas idades, a amostra deste estudo, apresenta menor utilização entre os 65 e os 74 anos, verificando-se uma maior utilização a partir dos 75 anos, o que contraria os dados apresentados pelo INE (2016a), no qual os idosos são os que consomem menos, sendo a sua utilização inversamente proporcional à idade, ou seja, quanto mais velhos menor o consumo (capítulo 2.2; gráfico VI).

Esta variabilidade na toma destes medicamentos (também sem qualquer explicação encontrada) poderá ser interpretada tendo por base os resultados obtidos e já anteriormente expostos. As mulheres como portadoras de mais

⁸² conf. anexo 122 – Quadro 78 (p. 149 – Anexos)

patologias, com percepções mais negativas sobre o seu estado de saúde e com menor número de medicamentos tomados, apesar de tomarem mais comprimidos, não se coíbem de tomar mais medicamentos, apesar de (como será exposto no capítulo 8) serem as que apresentam maior percentagem de abandono de medicação.

Na relação com a idade os mais idosos, também com percepções mais negativas sobre a sua saúde, com mais patologias e possivelmente com mais conhecimentos leigos, adquiridos por uma experiência de vida mais longa, são mais suscetíveis da toma desta medicação.

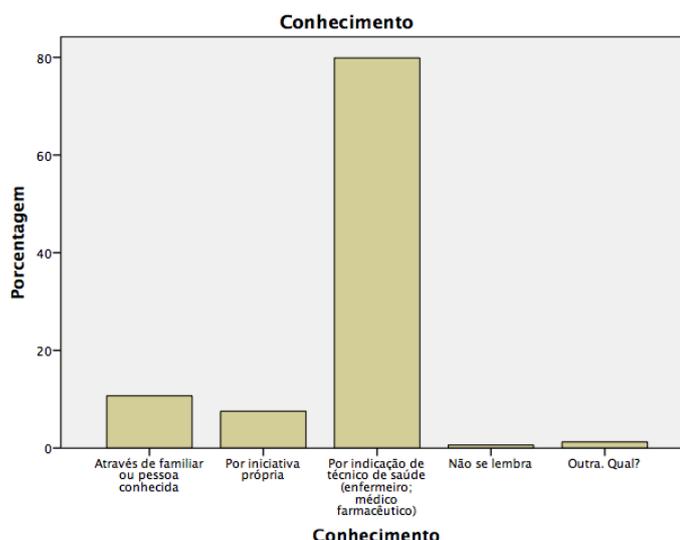
A utilização de medicamentos de venda livre nas aldeias poderá ser devida, à já descrita, maior dificuldade de acesso e menor número de consultas médicas.

No referente à finalidade desses medicamentos de venda livre, a grande maioria é para o SNC (89,3%), maioritariamente analgésicos, antipiréticos curarizantes e relaxantes musculares, utilizados para tratamento de dores e de gripes/constipações⁸³. Na questão se “utilizavam esses medicamentos para substituir a medicação” prescrita 99,5% respondeu que “não”. Se os “usavam para complementar a medicação prescrita” 99,4% referiram que “sim”, sendo também nas aldeias onde se encontram maiores percentagens na resposta positiva a estas questões⁸⁴.

⁸³ conf. anexo 124 – Quadro 79 (p. 151 – Anexos)

⁸⁴ conf. anexo 124 – Quadro 80 (p. 151 – Anexos)

GRÁFICO XI – COMO TEVE CONHECIMENTO DESSES MEDICAMENTOS



Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Na questão “como teve conhecimento desses medicamentos” (de venda livre) 80% responderam “por indicação de técnico de saúde (médico, enfermeiro ou farmacêutico)”, conforme gráfico XI.

Quando se perguntou “quais os efeitos da toma conjunta de todos os medicamentos”, 91,2% dos inquiridos responderam que “não tinham efeitos secundários”, sendo também nas aldeias onde essa percentagem é maior⁸⁵.

A perceção de quem utiliza medicamentos de venda livre é maioritariamente de que não existem efeitos secundários na toma conjunta de todos eles, sendo a sua utilização na maioria dos casos em SOS e o seu conhecimento adquirido através de técnicos de saúde, que os prescreveram em situações anteriores, não tendo sido feita, eventualmente, a advertência das contraindicações do uso simultâneo com outros medicamentos ou da sua utilização em situações aparentemente semelhantes, o que pode ser, mais uma vez, demonstrativo de uma eventual falta de diálogo entre os utentes e os profissionais de saúde. Outro aspeto a ter em atenção é que devido a esta falta de diálogo e desconhecimento por parte dos utentes, e em situações aparentemente similares optam por se auto medicar, evitando uma ida ao médico que implica além do tempo gasto na espera da consulta, gastos nos transportes e no pagamento da consulta, razão pela qual, talvez, se possa explicar o seu maior consumo nas aldeias, onde há mais dificuldade de acesso ao médico (observação direta da investigadora e

⁸⁵ conf. anexo 126 – Quadro 81 (p. 153 – Anexos)

condicionantes verbalizadas pelos inquiridos durante a aplicação dos inquéritos nas USF). Também os baixos níveis de literacia, 68% sem escolaridade e 1º ciclo incompleto e 46,3% com o 1º ciclo completo, podem ser propícios a esta prática, uma vez que há uma maior possibilidade de desconhecimento e de acesso insuficiente a meios de informação que possam informar sobre os eventuais malefícios da toma conjunta de toda esta medicação.

Também nos estudos referidos por Henriques (2011)⁸⁶ a utilização de medicamentos de venda livre eram mais utilizados pelas mulheres, pelos mais idosos e no meio rural, tal como apuramos neste estudo.

Este recurso à automedicação advém também da crescente disseminação da medicalização, a qual se deve ao aumento da utilização dos cuidados de saúde e consequente aumento de prescrição e consumo de recursos terapêuticos, dando origem a que o medicamento deixasse de ser um “*bem esotérico e raro*” e passasse a ser um “*bem exotérico e comum*” (Lopes, 2007; p. 125).

7.3 – TRATAMENTOS CASEIROS - “MEZINHAS”

No âmbito de uma pesquisa mais alargada dos saberes e conceitos sobre os vários tipos de tratamentos e eventualmente de uma automedicação mais ou menos consciente, colocou-se outra questão que foi a da “utilização ou não de tratamentos caseiros/naturais (mezinhas)”.

Tal como no observado no uso dos medicamentos de venda livre também neste caso eles são utilizados conjuntamente com a outra medicação, não servindo para a substituir.

Obteve-se como resultados que 48,5% dos inquiridos os utilizavam, sendo mais usados nas aldeias (58,8%), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)⁸⁷. Os mais utilizados são os chás (63,3%), a finalidade é em primeiro lugar para “tosse/constipações/gripes/garganta” (61,2%)⁸⁸. Quanto às fontes de informação pelas quais tiveram conhecimento desses “tratamentos” 95,9% referiram ter sido “através de familiar ou pessoa conhecida”, a frequência da sua

⁸⁶ Ver capítulo 2.5.

⁸⁷ conf. anexo 129 – Quadro 83 (p. 156 – Anexos)

⁸⁸ conf. anexo 129 – Quadros 84 e 85 (p. 156 – Anexos)

utilização é em 95,9% em SOS e a avaliação feita sobre os resultados obtidos foi em 70,4% dos casos de “muito bons/bons”⁸⁹.

No respeitante à toma conjunta destes “tratamentos” com os medicamentos prescritos 100% responderam que os tomavam conjuntamente com os medicamentos prescritos e 93,9% referiram que a toma conjunta destes “tratamentos” com a medicação prescrita “não tinha efeitos secundários”⁹⁰.

Relativamente ao uso destes “tratamentos” caseiros (mezinhas) os resultados foram semelhantes aos encontrados na utilização de medicamentos de venda livre, quer no uso conjunto com a medicação, quer na perceção de não existência de efeitos secundários, quer no local de residência onde maioritariamente também são mais utilizados nas aldeias. Neste caso o que se observa é a noção de que “tratamentos” feitos a partir de produtos naturais, muitas vezes cultivados pelos próprios, não interagem com os produtos químicos dos medicamentos, o que corrobora o referido por Raposo (2010) *in* Lopes & Rodrigues (2015), que a utilização do natural tende a ser associada a inocuidade ou pouco risco. O conhecimento destes “tratamentos” foi adquirido, na maioria dos casos, através de familiares mais velhos (pais, avós) os quais os tomavam em épocas onde quer a existência de medicamentos quer o acesso aos mesmos era muito restrita, assim como a utilização dos serviços de saúde era mais difícil, utilizando por isso “tratamentos”, mais ou menos eficazes para as mais diversas sintomatologias, no entanto na atualidade continuam a ser utilizados sendo a avaliação feita sobre a sua eficácia, na maioria dos casos, como “muito boa/boa” (fundamentações verbalizadas pelos inquiridos durante a aplicação dos questionários das USF).

Estes comportamentos face à utilização de outras “terapêuticas” diferentes e coadjuvantes com a terapêutica prescrita insere-se, também, no que Tavares (2016) e Hespanha (1987) referem sobre os estilos de vida, opções individuais e condicionantes sociais, que cada grupo social detém, o qual está ligado às condições objetivas próprias desse grupo.

Perante estes indicadores pode-se referir o mencionado por Britten (2008) como área básica de socialização, o *lifeworld*⁹¹ em que a medicina tradicional é

⁸⁹ conf. anexos 130 e 131 – Quadros 86 a 88 (pp. 157 e 158 – Anexos)

⁹⁰ conf. anexo 132 – Quadro 89 e Gráfico 95 (p. 159 – Anexos)

⁹¹ Ver capítulo 2.

conjugada com a medicina popular, a qual advém de saberes e/ou experiências adquiridos pelos próprios ou por conhecimentos adquiridos através da sociedade em que estão inseridos. O mesmo autor refere também o *popular sector* (sabedoria popular)⁹² no qual os indivíduos através de recursos que lhes são acessíveis (produtos naturais como ervas) tratam a sua sintomatologia e gerem a sua saúde, além de fazerem a prevenção das doenças, com a perceção de inocuidade ou mais segurança destes “tratamentos” naturais, como vantagem dos tratamentos prescritos pelos médicos, químicos.

Iremos no próximo capítulo expor e analisar a dimensão central deste estudo “O abandono da medicação pela população idosa”.

⁹² Ver capítulo 2.

8 – ABANDONO DA MEDICAÇÃO

O objetivo deste trabalho foi estudar o “Abandono da medicação em população idosa”, com todas as suas variáveis sociológicas, desta o Abandono e os seus fatores sociais constituem o objeto e o enfoque central da análise que orientou a pesquisa. Apresentam-se neste capítulo os resultados obtidos em matéria de abandono e desenvolve-se a sua interpretação à luz dos conteúdos teóricos e dos dados expostos nos anteriores capítulos.

O abandono da medicação é um problema que se coloca sobretudo nas faixas etárias mais elevadas e nos doentes com patologias crónicas, podendo ser consequência de inúmeros fatores, já anteriormente expostos. Do ponto de vista sociológico a sua abordagem tem de ter em conta vários cenários distribuídos por diferentes variáveis que no seu conjunto irão determinar, ou não, a sua prática.

No processo de abandono de medicação estão implícitas práticas e contextos variados, que dependem de uma variância de fatores, diretos ou indiretos. Estes fatores são inerentes e estão interligados a vários contextos de vivência pessoal e coletiva das populações, nomeadamente idade, local de residência, género, escolaridade, conceitos e práticas de saúde, assim como as relações que mantêm com os profissionais de saúde.

Sobre a noção de abandono adotou-se considerar que há abandono quando os indivíduos não tomam a medicação, esta prática foi subdividida em abandono total da medicação e abandono parcial. No “abandono total” os indivíduos não tomam o(s) medicamento(s) prescrito(s), abandonam o tratamento ou nem sequer o iniciam, este abandono pode ser de um ou mais medicamentos. No “abandono parcial”, apesar de tomarem a medicação não o fazem segundo as orientações médicas, na maioria dos casos (mais de 90%, neste estudo)⁹³ tomam em menos quantidade. Nesta apresentação só serão apresentados, para discussão, os resultados obtidos do grupo com abandono total de medicação (29,2%)⁹⁴, no

⁹³ conf. anexo 118 - Quadro 71 (p. 145 – Anexos)

⁹⁴ Na elaboração das percentagens de abandono parcial e total contabilizou-se o total da amostra (n=202), no entanto há nove inquiridos (4,5%) que não tomam nenhum medicamento, destes sete são homens e duas

entanto o abandono parcial (15,8%) também será referenciado em diferentes perspetivas, nomeadamente no que se refere aos motivos apresentados para a sua prática.

O abandono da medicação está interrelacionado com os conceitos de adesão e não adesão à terapêutica, como já referido nos subcapítulos 2.3 e 2.4. Este comportamento (não adesão) está dependente de inúmeras variáveis, que decorrem quer do próprio indivíduo, quer da comunidade em que está inserido. Neste estudo a maior causa de abandono foram motivos relacionados com o “restringir/evitar a toma de medicamentos” ; com “ falta de conhecimento/informação ” ; com o “ esquecimento ” ; “ com saberes e racionalidades leigas ” e com a “ incerteza sobre a eficácia do medicamento ” . Seguidamente de “tem efeitos secundários” os quais, e segundo Donovan & Blake (1992), são a principal causa de abandono, o que não se verificou neste estudo.

Segundo Silva (2008) o abandono da medicação pode ser devido à apreciação que os próprios indivíduos fazem sobre a sua competência para não necessitarem da medicina, ou seja, que a sua saúde dispensa os conselhos médicos. Neste domínio a toma dos medicamentos é iniciada (ou não) por indicação do médico, sendo depois interrompida por auto decisão. Nesta interrupção englobam-se particularmente os medicamentos que provocam efeitos secundários indesejáveis. Nestes casos os medicamentos são inculcados de “*intoxicar*” e de “*fazer bem a umas coisas e mal a outras*”, expressando dessa forma um caráter “artificial” não só dos medicamentos, mas da situação dos indivíduos se aceitarem como doentes. A toma de medicamentos pressupõe um estado de doença, pelo que a interrupção da sua toma significa que se está de boa saúde, sendo esta atitude uma forma de rejeitar o controlo da medicina para além do período de tempo em que o próprio se sente doente. A relação existente com a medicação é de certa forma duvidosa uma vez que no plano das representações

são mulheres. Se não contabilizarmos, na amostra total, os nove inquiridos sem medicação a percentagem de 15,8% (abandono parcial) sobe para 16,6%, com 6,7% também com abandono total. No que se denominou como grupo de abandono total, também se contabilizou o total da amostra (n=202), se não os contabilizarmos a percentagem que apresenta abandono total passa de 29,2% para 30,6%. Por questões técnicas optamos por contabilizar o total da amostra.

sociais, o medicamento é visto como um produto antinatural, que tal como os “químicos” deve ser evitado (p. 182).

Neste contexto, e no questionário das USF, foram elaboradas perguntas (13.1; 13.1.1; 13.2 e 13.2.1) para inquirir se havia abandono ou não da medicação e no caso de haver quais os medicamentos abandonados e as razões para o seu abandono.

A caracterização efetuada da população em estudo torna-se, desta forma, uma etapa importante e indispensável para a compreensão dos comportamentos da mesma face ao tema em investigação.

A análise dos indicadores obtidos através dos questionários utilizados, quer nos das USF, quer nos das farmácias, constitui um suporte indispensável para essa caracterização através da qual nos será possível delinear os motivos do abandono da medicação.

Tendo como referência a hipótese central do trabalho, apresentada no capítulo 3 “O género, grau de escolaridade, local de residência e idade, conjuntamente com as concepções e conceitos de saúde são fatores que influenciam o abandono da medicação”, ir-se-á fazer uma análise detalhada dos resultados obtidos.

No contexto do abandono de medicação, temos de ter em conta todo um quotidiano de saúde, que se insere numa vivência atual e passada e que poderá influir nas escolhas e atitudes que cada um assume neste domínio.

O estado de saúde das populações, neste caso dos idosos, a dimensão da pericialidade e afirmação leiga, que esta população adquiriu ao longo de todo um percurso de vida, mais ou menos experienciado de saúde/doença e dos saberes obtidos e interiorizados, quer através dos contactos rotinizados com a pericialidade médica, quer da sua própria concepção sobre esses saberes periciais, são entre outros, alguns dos itens com relevância nesta área da sociologia da saúde (Silva, 2011).

Os comportamentos que cada um adota face à saúde/doença, tendo em conta toda uma vivência anterior, são fatores que influenciam as atitudes tomadas face a uma nova situação, mais ou menos prolongada e eventualmente debilitante, a doença, com a conseqüente necessidade da toma de medicação.

O saber prático de saúde, no sentido dos comportamentos adotados, tendo por base significados intrínsecos e não conscientes ancorados em usos, costumes e

na tradição, ligados ao social (feito de relações) e revelando valores e símbolos culturais (família, trabalho), associados a representações (do corpo, saúde, doença e medicina) e disposições (gostos) incluindo informações de âmbito científico (estilo de vida saudável, cuidados na doença, medicamentos), são em grande parte determinados pelo ambiente cultural e social em que os indivíduos estão inseridos (Silva, 2008; p. 195).

A racionalidade do pensamento leigo é diferenciada da racionalidade científica, uma vez que resulta de associações que não se subordinam necessariamente à lógica ilativa, agindo através de lógicas complexas que envolvem a subjetividade da experiência humana, com os seus valores, símbolos e crenças, que são formas de conhecimento cultural (Silva, 2008; p. 22).

8.1 – FATORES DE ABANDONO

Foram vários os motivos encontrados para o abandono da medicação na população em estudo. Para averiguar esses motivos foram elaboradas em ambos os questionários (USF e farmácias) várias questões para que fosse possível investigar as causas desse abandono.

O abandono da medicação inicia-se, por vezes, nas idas à farmácia para avio de receitas, as quais podem ser aviadas na totalidade ou só parcialmente. Para averiguar sobre a compra ou não da medicação foram elaboradas perguntas nos dois questionários (USF – 18.1; 18.1.1; 18.1.2 e farmácias – 3; 3.1; 3.2) que nos possibilitaram apurar se a medicação era, ou não, comprada e no caso de não o ser qual(is) o(s) motivo(s).

Observou-se que nos dois questionários a maioria dos inquiridos da última vez que foram à farmácia compraram todos os medicamentos.

Ainda neste contexto (avio da medicação toda) verificou-se que em todos os resultados obtidos a maioria respondeu que “sim”, no entanto nas USF no grupo sem abandono (GSA)⁹⁵ a percentagem é superior (83,2%) à do grupo de abandono (GA) com 67,8% e à das farmácias (63,4%) (quadro 23)⁹⁶.

⁹⁵ Este grupo sem abandono (GSA) é constituída só pelos inquiridos que não apresentam abandono total, ou seja 143, que correspondem ao total de inquiridos das USF (n=202) sem os que apresentam abandono total (n= 59).

⁹⁶ conf. anexos 108 e 109 –Gráficos 79 a 81 (pp. 135 e 136 – Anexos)

QUADRO 23 – ÚLTIMO AVIO NA FARMÁCIA (USF/FARMÁCIAS)

Aviou tudo	SIM	NÃO
GSA	83,2%	16,8%
GA	67,8%	32,2%
Farmácias	63,4%	36,6%

Elaboração da autora - Fonte: Questionários das USF e farmácias (maio/junho 2015)

Os motivos apresentados (quadro 24), nas USF, para não comprarem foram em primeiro lugar e em 93% dos casos “por serem caros/por não terem dinheiro para todos” e em segundo lugar porque “ainda tinham em casa”⁹⁷.

Nos questionários das farmácias (quadro 19) a maioria referiu como motivo “ainda ter em casa” (60,5%), seguido de “é muito caro/não tem dinheiro para todos” (16,9%). Esta diferença poderá ser interpretada como, quando não têm dinheiro os utentes nem sequer vão à farmácia aviar os medicamentos, enquanto que nos questionários das USF eram questionados se aviavam, ou não, todos os medicamentos e no caso de não os aviarem qual o motivo.

QUADRO 24 – ANÁLISE DOS MOTIVOS PARA NÃO TER AVIADO NA FARMÁCIA (USF/FARMÁCIAS)

Motivos USF	Porque melhorou	Porque piorou	Porque têm efeitos secundários inesperados/indelegáveis	Porque são caros	Porque não tem dinheiro para todos	Outro
	0%	0%	0%	90,7%	2,3%	7%
Motivos Farmácias	Ainda tem em casa	Já não toma	É muito caro / Não tem dinheiro para todos	Tem muitos efeitos secundários/sente-se mal quando o toma	Não lhe faz nada/não sente melhoras quando o toma	Outro
	60,5%	10,5%	16,9%	2,4%	1,6%	8,1%

Elaboração da autora - Fonte: Questionários das USF e farmácias (maio/junho 2015)

Os que referem ainda ter em casa (questionários das farmácias) a maior percentagem manifesta-se entre as mulheres (62%), nos com 80 e mais anos (68,8%) e nos residentes na cidade (67,1%). Nos casos que dizem ser muito caro/não ter dinheiro para todos as percentagens mais elevadas encontram-se nos

⁹⁷ conf. anexo 114 – Quadro 68 (p. 141 – Anexos)

homens (18,9%), nos com idades 65-69 anos (26,7%) e nos residentes nas aldeias/vilas (25%).⁹⁸

No entanto nas várias visitas efetuadas às farmácias, enquanto decorreu a aplicação dos questionários, alguns dos farmacêuticos, em conversa informal, confidenciaram que devido ao conhecimento que tinham da maior parte dos clientes, a intuição com que ficavam era que a razão não era essa, mas sim o não terem dinheiro, no entanto por “vergonha” os clientes não o verbalizavam.

No estudo de Branco & Nunes (2009) o Alentejo apresentava a maior percentagem, do país, de não avio de medicamentos por dificuldades económicas com 12,1% de casos, valor bastante inferior aos encontrados neste estudo.

Outro aspeto verbalizado por vários farmacêuticos foi relativamente aos contentores existentes nas farmácias onde se colocam medicamentos que já não são utilizados, o que verificavam era a existência de muita medicação, ainda dentro do prazo de validade (ou não) mas destinada a tratamentos mais ou menos prolongados, como antibióticos, medicamentos para o aparelho cardiovascular, entre outros, havendo mesmo embalagens que não tinham sido utilizadas, o que demonstra um não cumprimento total, ou parcial da medicação prescrita.

Com o objetivo de analisar a toma ou não dos medicamentos perguntou-se, nas USF, “diga se toma todos esses medicamentos” (medicamentos prescritos). A maioria (53,4%) respondeu que “sim”, dos que responderam que não são as mulheres (64,4%), os da faixa etária 75-79 anos (28,9%), os da cidade (63,3% - estatisticamente significativo com $p=0$) e os com o 1º ciclo completo (52,2%) os que maioritariamente não o fazem (quadro 25).

⁹⁸ conf. anexo 115 – Quadro 69 (p. 142 – Anexos)

QUADRO 25 - CRUZAMENTO “DIGA SE TOMA TODOS ESSES MEDICAMENTOS” (MEDICAMENTOS PRESCRITOS) E SEXO, IDADE, LOCAL DE RESIDÊNCIA E ESCOLARIDADE (USF)

		SIM	Não
Sexo	Feminino	55,3	64,4%
	Masculino	44,7	35,6%
Idade	65-69 anos	18,4%	25,6%
	70-74 anos	29,1%	18,9%
	75-79 anos	28,2%	28,9%
	>= 80 anos	24,3%	26,7%
Local residência	Cidade	36,9%	63,3%
	Aldeia	63,1%	36,7%
Escolaridade	s/ escola e 1º ciclo incompleto	47,6%	33,3%
	1º ciclo completo	42,7%	52,2%
	2º+3ª ciclo+ secund + ens. Sup	9,7%	14,4%

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Perante estes resultados pode-se comprovar que apesar da maioria referir que toma todos os medicamentos existe uma percentagem significativa (46,6) que não o faz, o que representa uma percentagem bastante superior à encontrada de abandono total (29,2). Este aspeto só foi apurado após o tratamento estatístico dos dados. No entanto se verificarmos as percentagens apresentadas na nota de rodapé número 94, onde se explicam as percentagens apuradas sem os que não têm medicação prescrita, a soma aí encontrada para o abandono total (30,6%), mais a do abandono parcial (16,6%) dá-nos um valor mais aproximado e mesmo um pouco superior (47,2%), de indivíduos que não tomam toda a medicação, o que pode ser a explicação para estes resultados.

Outra das questões colocadas aos inquiridos das USF, foi “indique se os medicamentos que toma o faz conforme a prescrição médica” ao que 82,9% responderam que “sim”, dos que respondem que não 97% refere tomar menos quantidade⁹⁹.

São diversos os motivos apresentados para este abandono, alguns inquiridos referem várias razões, motivos esses a abordar seguidamente.

⁹⁹ conf. anexos116 e 118 – Quadros 70 e 71 (pp. 143 e 145 – Anexos)

Vale a pena chamar a atenção para o facto de tudo indicar que um grupo de inquiridos, por razões que poderemos considerar inerentes a diversas condicionantes como a clareza do questionário, as condições de aplicação, o “receio” de “represálias” quer por parte da investigadora, quer dos médicos de família (apesar da informação prévia do anonimato e confidencialidade dos questionários) não respondeu verdadeiramente a partes do questionário, porquanto 82,9% afirmam tomar toda a medicação o que a ser correto a percentagem do abandono não poderia ser de 29,2%. A soma das percentagens seria de 112,1%. Assim tem de se concluir que 12,1% procurou iludir a pergunta referindo que toma toda a medicação o que não corresponde à realidade. Esta situação poderá decorrer de fatores que traduzem a relação do doente com os profissionais de saúde, não incluídos neste trabalho, e que me proponho estudar posteriormente.

Esta diferença pode também estar relacionada com o exposto (no subcapítulo 4.2), e referido por Silva & Pinto (2009) sobre o desvio entre a resposta dada e a que corresponde à verdadeira situação, ao comportamento real assim como à efetiva opinião dos inquiridos, ou seja a “verdade dos inquiridos” .

Outra vertente a ter em conta para esta diferença é o exposto por Lima (“n.d”) e António Firmino da Costa *in* Silva & Pinto (2009)¹⁰⁰ sobre uma das desvantagens do questionário, que são os “mecanismos inconscientes de defesa e as respostas de cortesia para agradar ao entrevistador” . Outro aspeto, também referido por Silva & Pinto (2009)¹⁰¹ é a interligação entre inquiridor e inquirido, que no caso deste estudo se mostrou como bastante positiva e colaborante, não se podendo no entanto descurar a possibilidade de um certo “medo” por parte dos inquiridos de verbalizar a sua não adesão à terapêutica com um eventual “receio” de “represálias” quer por parte da investigadora, quer por parte do médico, assunto este que foi cuidadosamente explicado a cada inquirido que não aconteceria, apesar da inquiridora ser enfermeira¹⁰².

Dos que responderam que sim relativamente à questão “indique se os medicamentos que toma o faz conforme a prescrição médica” a maior percentagem encontra-se nas mulheres (83,5%), nas idades 70-74 (91,5%), nas

¹⁰⁰ Ver capítulo 4.3.

¹⁰¹ Iden.

¹⁰² Questão já exposta no capítulo 4.3.

aldeias (86,7%) e nos com mais habilitações literárias (91,3%), sendo que neste caso (habilitações literárias) a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)¹⁰³.

Os que tomam toda a medicação apresentam uma elevada percentagem de cumprimento das prescrições médicas. Nestes dois itens as mulheres apresentam resultados que poderão ser considerados interessantes, por um lado são as que apresentam maior percentagem de abandono da medicação, por outro as que não referem abandono apresentam maior percentagem de toma conforme as prescrições médicas, ou seja ou não tomam a medicação ou se a tomam maioritariamente fazem-no seguindo as indicações médicas. Também nos questionários das farmácias são as mulheres que em maior percentagem referem que não levam os medicamentos porque ainda têm em casa. Este fator poderá ser devido (como será desenvolvido mais à frente) a não informarem o médico sobre o abandono da medicação.

Nos com mais habilitações literárias, onde a percentagem obtida de toma da medicação conforme as prescrições médicas é maior que nos com menos habilitações, as diferenças encontradas podem dever-se quer a motivos económicos, uma vez que, supostamente, os com mais habilitações têm menos dificuldades económicas, quer por serem consequência de uma maior informação/conhecimento sobre as patologias e respetiva medicação, assim como dos eventuais malefícios que o abandono da medicação pode ocasionar. Outro aspeto que poderá influenciar esta maior adesão à medicação deve-se ao facto que os inquiridos com mais habilitações literárias se situarem (neste estudo) em faixas etárias mais baixas, o que pode significar existência de menos patologias, menos anos de patologia e menos medicação prescrita.

Na relação entre cidade e aldeias as diferenças podem estar associadas ao abandono (que será desenvolvido mais à frente) o qual é maior nas cidades.

Após a apresentação dos motivos referenciados pelos inquiridos das razões para o não avio de toda a medicação (questionários das USF e das farmácias), passamos agora para as razões apresentadas para o abandono total ou parcial de medicação (só dados dos questionários das USF), as quais foram:

¹⁰³ conf. anexo 116 – Quadro 70 (p. 143 – Anexos)

- 52,5% - “ Restringir/evitar a toma de medicamentos ” ; “ Falta de conhecimento/informação ” ; “ Esquecimento ” ; “ Saberes e racionalidades leigas ” e “ Incerteza sobre eficácia do medicamento ” .
- 19,2% - Tem efeitos secundários/indesejáveis;
- 17,5% - Porque melhorou;
- 10,8% - Por dificuldades económicas;

Nos 52,5%, na subdivisão dos fundamentos as razões apresentadas são:

- Restringir/evitar a toma de medicamentos – *“acabou e não voltou a tomar”*; *“acha muitos medicamentos”*; *“terminou e não tomou mais, já toma muitos”*; *“só em SOS”*; *“tensão arterial está boa”*; *“para não criar hábito”*; *“toma conforme se sente”*; *“só quando tem tonturas, para não se habituar”*; *“conforme valores de glicémia”*.
- Falta de conhecimento/informação - *“já tomava outro (na realidade conforme se constatou numa análise mais minuciosa não tomava nenhum para a finalidade descrita)”*; *“não sabe se é nervoso”*; *“não sabe valores do colesterol”*; *“médico alterou para outro (também neste caso não tomava nenhum para a finalidade descrita)”*; *“não sabe o que é”*; *“não sabia que era para tomar”*; *“tomou uma caixa, não sabia que era para continuar”*; *“tanto faz tomar um ou dois”*; *“pensava que era só um comprimido”*.
- Esquecimento.
- Saberes e racionalidades leigas – *“mulher disse que fazia mal”*; *“não fazia falta, nora disse para não tomar”*; *“não necessita”*; *“não tem de tomar tudo o que o médico receita”*; *“médico enganou-se na patologia, não iniciou”*; *“acha muito fortes”*.
- Incerteza sobre eficácia do medicamento – *“fartou-se”*; *“acha que não faz nada”*; *“acha muito fortes”*; *“não fazia nada”*; *“prefere tomar outro, dá-se melhor”*.

Além destes motivos houve três inquiridos que responderam não saberem porquê, não dando desta forma nenhuma explicação plausível de entendimento, para a prática de abandono

O abandono da medicação ocorre por vários motivos, sendo a maior percentagem, tal como apresentado, devida a fatores relacionados com incerteza sobre a eficácia da medicação, falta de informação adequada, esquecimento e restrição da toma de alguma medicação quer por eventuais efeitos secundários, quer por desconhecimento da sua situação clínica e/ou por auto percepções baseadas na pericialidade leiga adquirida (saberes e racionalidades leigas), devida a experiência própria ou a experiência de familiares, amigos ou pessoas que fazem parte do seu meio social.

São vários os fatores que podem interferir na adesão, muitos dos quais já referenciados, no entanto, e segundo Klein & Gonçalves (2005), podem-se considerar outros fatores, que se interrelacionam com os já descritos: patologias menos complexas e/ou graves, características do tratamento e da própria doença, tratamentos mais simples, de curta duração, pouco complexos, com poucos ou sem efeitos secundários, têm influência positiva na adesão à terapêutica. Também as características dos doentes que têm a ver com as características demográficas, os modelos de senso comum que cada um concebe acerca da(s) sua(s) doença(s) e as suas crenças sobre a doença e a eficácia do tratamento, crenças essas que podem ser influenciadas por fatores cognitivos e emocionais, os quais podem influir na percepção e entendimento das orientações dadas pelos médicos, que se forem em demasia podem ser esquecidas, sendo dada mais importância à fornecida em primeiro lugar ou à que consideram mais importante. Conjuntamente as perspetivas dos doentes, segundo Donovan & Blake (1992), são um fator, se não determinante, com uma grande influência, na adesão à terapêutica, podendo ser uma forma de luta contra a doença, contra o sistema ou como reação à forma como são tratados pelos médicos¹⁰⁴.

Outro aspeto referido por Silva (2008) é a experiência que cada indivíduo tem face às doenças crónicas e às consequências que as mesmas têm sobre a sua vida diária, assim como a sua sintomatologia. A doença crónica tem “*um discurso leigo próprio, autónomo e válido que se liga à problemática moderna da identidade como apresentação de si próprio para os outros*” (p. 32). Também a preocupação face à doença crónica e à sua experimentação leva-nos à compreensão da importância da subjetividade individual do “*sentir-se doente*” e do “*estar doente*”, constituindo-se progressivamente um saber adquirido

¹⁰⁴ Para leitura mais detalhada ver capítulo 2.3

relativamente ao “*comportamento na doença*” através do qual cada um controla e monitoriza o seu corpo, define e interpreta os sintomas e dessa forma age face aos mesmos, quer através da utilização dos serviços de saúde, quer através do seguimento das orientações médicas (pp. 153-154).

Para uma avaliação mais detalhada dos motivos apresentados para o abandono da medicação efetuou-se uma análise mais pormenorizada da relação desses motivos com o género, local de residência, escolaridade, habilitações literárias e conhecimento da doença (quadro 26)

QUADRO 26 – ANÁLISE DA INTERLIGAÇÃO ENTRE MOTIVOS DE ABANDONO E FATORES SOCIOGRÁFICOS

Conceções	Incerteza eficácia medicamento	Saberes/ Racionalidades leigas	Restringir/Evitar toma Medicação	Esquecimento	Falta conhecimento/ Informação	SOS
Sexo	F = 60%	F e M = 50%	F =70%	M = 62,5%	F = 64,3%	F = 66,7%
Idade	65-69=40% 70-74=20% 75-79=0% =>80=40%	65-69=37,5% 70-74=25% 75-79=25% =>80=12,5%	65-69=30,8% 70-74=11,5% 75-79=34,6% =>80=23,1%	65-69=12,5% 70-74=0% 75-79=25% =>80=62,5%	65-69 =7,1% 70-74=14,3% 75-79=42,9% =>80=35,7%	65-69=33,3% 70-74=5,6% 75-79=33,3% =>80=27,8%
Residência	Cidade=60%	Cidade=100%	Cidade = 70%	Aldeia =70%	Cidade=64,3%	Cidade=77,8%
Habilitações	1=40% 2=40% 3=20%	1=22,2% 2=66,7% 3=11,1%	1=32,1% 2=57,2% 3=10,7%	1=60% 2=40% 3=0%	1=28,6% 2=57,1% 3=14,3%	1=25% 2=60% 3=15%
Total	7,5%	11,9%	44,8%	14,9%	20,9%	

Elaboração da autora: Fonte Questionários USF (junho 2015)

Legenda habilitações literárias: 1- s/ escola e 1º ciclo incompleto;
2 – 1º ciclo completo;
3 - 2º+3º ciclo + secundário + ensino superior.
Legenda sexo: F – Feminino
M - Masculino

Decorre, pois, que a alegação mais usada para o abandono foi “restringir/evitar a toma de medicamentos” (44,8% dos inquiridos, dos quais 70% são mulheres, 70% residentes na cidade). De notar que a maior percentagem ocorre acima dos 75 anos, que 57,2% têm o 1º ciclo completo e 63,3% têm conhecimento da doença.

No mesmo motivo “restringir/evitar a toma de medicamentos” está inserido o uso de fármacos em SOS. Este é o motivo mais invocado (69,2%) neste fundamento para o abandono.

Ao surgir em segundo lugar, como motivo de abandono a “falta de conhecimento/informação” (20,9%) sugere que a informação médica é insuficiente ou não é feita de forma assimilável. Destes 20,9% de inquiridos 64,3% são do sexo feminino, a maioria (64,3%) reside na cidade, a maior percentagem tem 75 e mais anos. Maioritariamente (57,1%) tem o 1º ciclo completo e também maioritariamente (57,1%) têm conhecimento da doença.

A justificação de “esquecimento” (com 14,9%) é maior nas aldeias (70%) e 60% são homens. A maioria destes respondentes tem 80 e mais anos, não tem escolaridade ou ficam-se pelo 1º ciclo incompleto. Contudo 80% tem conhecimento da doença.

Seguem-se os “saberes e racionalidades leigas” com 11,9% das respostas, sendo a percentagem apresentada igual nos homens e nas mulheres (50%) e a totalidade (100%) reside na cidade. Os com idades 65-69 anos apresentam a maior percentagem (37,5), no entanto metade dos inquiridos (50%) têm idades entre os 70-79 anos. Também neste motivo os com o 1º ciclo completo revelam a maior percentagem (66,7%). Similarmente neste motivo de abandono 62,5% dos casos demonstra conhecimento da doença.

Com menos prevalência apresenta-se a “incerteza sobre a eficácia do medicamento” com 7,5%, em que 60% são mulheres, 60% residentes na cidade, sendo os mais novos (65-69 anos) e os mais velhos (80 e mais anos) a revelar uma percentagem igual com 40%, sendo também essa percentagem (40%) igual nos sem escolaridade ou com o 1º ciclo incompleto e nos com o 1º ciclo completo. Nesta justificação 80% tem conhecimento da doença.

Os três inquiridos que responderam que não sabiam porque abandonaram a medicação, dois têm o 1º ciclo completo e um apresenta mais habilitações, nas idades são os mais velhos (74, 79 e 92 anos) a referir este motivo, residem todos na cidade sendo 75% homens, relativamente ao conhecimento da doença um tem e dois não têm conhecimento da mesma.

Perante estes resultados pode-se afirmar que, na amostra em estudo, a maioria dos motivos apresentados para o abandono da medicação, quer parcial¹⁰⁵ quer total, estão relacionados com o restringir/evitar a toma da medicação ou têm mesmo por finalidade evitar tomá-la. Aqui as mulheres são maioritárias em

¹⁰⁵ Apesar de os valores apresentados se referirem aos inquiridos que apresentam abandono total, nos com abandono parcial os motivos são os mesmos, sendo as percentagens similares.

todos os motivos invocados para não tomar a medicação, havendo, contudo, duas exceções: as razões baseadas em saberes /racionalidades leigas, onde os valores são iguais em ambos os sexos e a alegação de “esquecimento” onde os homens são maioritários.

O argumento “esquecimento (de tomar a medicação)” em percentagem, é maior nas aldeias. Na cidade todas as outras razões prevalecem como decisivas.

Estes valores vão de encontro aos resultados obtidos no abandono total da medicação, que se verifica maioritariamente nas mulheres, na cidade, nos mais idosos e nos com o 1º ciclo completo.

Relativamente ao “conhecimento da doença” na “incerteza sobre a eficácia do medicamento” e nos “saberes e racionalidades leigas” a maioria demonstra desconhecimento quer da(s) patologia(s) existente(s), quer da medicação e respetiva indicação terapêutica da mesma. Este desconhecimento pode ser o motivo do abandono, uma vez que ao não terem conhecimento da(s) patologia(s) não percebem a necessidade de tratamento/medicação, dando mais relevância à sua experiência de saúde/doença e à eventual falta de sintomatologia de certas patologias.

Em todos os outros, “restringir/evitar a toma de medicamentos”, “esquecimento” e “falta de conhecimento/informação” a maioria demonstra conhecimento quer da(s) patologia(s), quer da medicação prescrita e da sua finalidade terapêutica.

Nos casos de restrição, a maioria refere tomar em SOS, o que pode ser consequência da polimedicação a que estão sujeitos, referindo muitos deles que tomam muitos medicamentos, como causa para esta redução. O esquecimento é involuntário e a falta de conhecimento/informação pode estar associado não só ao desconhecimento da patologia, mas também ao desconhecimento das indicações terapêuticas dos medicamentos.

Conjuntamente verificou-se que nos que restringem a toma da medicação, só a tomando em SOS, 50% tem conhecimento da doença e 50% não tem.

Nestes outros motivos a “incerteza sobre a eficácia do medicamento” assim como o “restringir/evitar a toma de medicamentos” podem-se inserir no que

Pereira et al. (2013) denominaram como “crenças específicas: preocupações” uma vez que demonstram preocupações com os medicamentos e eventuais efeitos secundários.

Também no “restringir/evitar a toma de medicamentos” deparamo-nos com o que Britten (2008) chama de *active modifiers* (ou céticos) os quais podem seguir as indicações médicas, ou não, podendo iniciar o tratamento parando após um período experimental¹⁰⁶. Este comportamento também pode ser integrado no enunciado de Gellad et al. (2011) como a “*nonpersistence*” em que o doente resolve parar a medicação após ter iniciado, sem qualquer orientação de um profissional de saúde¹⁰⁷.

Neste estudo este é o motivo mais referenciado, sendo as mulheres a apresentarem percentagens superiores. Interligando estes dados com as análises já efetuadas, nas quais as mulheres devido ao seu estilo de vida (nesta região), ao maior número de patologias e comprimidos tomados, às suas conceções de saúde mais negativas e à maior frequência de consultas médicas, adquirem conhecimentos e comportamentos que as levam a um maior abandono da medicação, apesar do conhecimento demonstrado sobre as suas patologias.

Albuquerque & Oliveira (2010)¹⁰⁸ relativamente a estas conceções (saberes e racionalidades leigas) referem a interligação entre os saberes leigos em saúde/doença e as interpretações que os doentes têm sobre si, sobre o mundo e a vida, os quais são em parte influenciados pela comunidade em que estão inseridos.

No respeitante aos saberes e racionalidades leigas engloba-se toda uma vivência anterior experienciada pelo próprio ou por outros que lhe são próximos, a qual consoante os resultados obtidos pode condicionar comportamentos futuros. Segundo Tavares (2016) as representações sociais englobam as perceções que as pessoas têm da realidade.

Para Lopes (2007) as formas de conhecimento leigo foram circunscritas à categoria de crenças ou de saberes enraizados na tradição, devido ao estabelecimento de um firme recorte entre os universos leigos e os periciais, sem que dessa forma o “estatuto” de saber lhes fosse reconhecido. Desta forma

¹⁰⁶ Ver capítulo 2.

¹⁰⁷ Ver capítulo 2.4.

¹⁰⁸ Para uma visão mais detalhada ver capítulo 1.4.

enuncia duas correntes, em que a primeira aponta para um acentuar da dependência leiga face à pericialidade, dando conta de um crescente esvaziamento da autonomia dos saberes leigos, consequência de um aumento da colonização dos quotidianos leigos pela supremacia dos saberes periciais. Uma segunda aponta para uma crescente autonomização dos universos leigos. A procura no campo da saúde de soluções alternativas às soluções periciais, é expressa como a evidência empírica de novas formas de autonomia. Estas duas vertentes dão-nos conta de um facto cada vez mais complicado onde a autonomia e a dependência deixam de se apresentar como núcleos opostos revelando-se como realidades cada vez mais interdependentes (Lopes, 2007; pp. 123-124).

Nos casos em que resposta é uma recusa do saber médico, como: “*médico enganou-se na patologia, não iniciou*”; “*não tenho de tomar tudo o que o médico receita*”, podem-se considerar como “*rejecters*” ou seja os que nem sequer iniciam a medicação, recusando-a por completo (Britten, 2016). Também Gellad et al. (2011) se referem a estes comportamentos como “*não adesão primária*” pois os doentes recusam liminarmente a medicação prescrita sem darem o “*benefício da dúvida*”.

Ainda nesta perspetiva, sendo as mulheres (neste estudo) a apresentarem uma maior percentagem de abandono, tem de se considerar toda uma vivência experienciada de saúde/doença e a baixa literacia existente nas mulheres, assim como as suas conceções sobre saúde e doença¹⁰⁹ e as representações sociais existentes nestas comunidades relativamente às mulheres¹¹⁰, apresentando-se como motivos para que se criem universos leigos e periciais de saberes adquiridos quer por situações vivenciadas pelas próprias quer pelos seus pares, além dos saberes adquiridos pela maior frequência de consultas médicas, os quais lhes vão proporcionando a aquisição de mais conhecimentos, que poderão influenciar os seus comportamentos face à toma da medicação, como forma de “*independência*” face à “*obrigação da medicação*”, demonstrando desta forma uma certa autonomia face à supremacia dos saberes periciais, podendo ser este comportamento uma demonstração quer de saberes adquiridos face à saúde/doença e conseqüentemente aos tratamentos/medicamentos já

¹⁰⁹ Ver capítulo 6.1 e 6.3

¹¹⁰ Ver capítulo 6.

anteriormente experimentados, quer por outros fatores (económicos, falta de confiança nos profissionais de saúde, falta de informação sobre patologias e medicação) que predispõem a estes comportamentos de não adesão à medicação. Quanto à cidade estes pressupostos poderão ter como justificação um maior nível de conhecimentos obtidos através de uma maior literacia, de uma maior percentagem de residentes nas faixas etárias mais novas, com mais acesso a outros níveis de conhecimento e de informação, o que predispõe a comportamentos mais autónomos e menos “subjugados” ao que percecionam como supremacia médica.

Igualmente os resultados encontrados nas habilitações literárias em que na maioria dos motivos de abandono verbalizados, a maior percentagem se localiza nos inquiridos com o 1º ciclo completo, pode ser uma demonstração do referido em relação à cidade, sobretudo a nível de mais conhecimentos. No entanto perante esta explicação deveriam ser os com mais habilitações literárias a apresentar um maior abandono o que não se verificou, tendo já sido efetuada uma análise desta ocorrência.

Também a perceção que cada um tem e a forma como encara esta fase da vida pode, segundo Collin (2003)¹¹¹, influenciar os comportamentos e a adesão ou abandono da medicação, consoante a prevalência dos enunciados do “*medicamento obrigação*” ou do “*medicamento concessão*”¹¹² assim os possíveis procedimentos face à medicação prescrita, pelo que as conceções e estratégias de ligação com a medicação diária que os idosos têm face à medicação e a sua relação com o médico são um dos fatores com mais relevância no âmbito da adesão.

No “*medicamento obrigação*” os idosos estabelecem estratégias de ligação com a medicação diária tendo em conta a sua experiência com a doença e também a sua relação com os profissionais de saúde (“*acha que não faz nada*”; “*toma conforme se sente*”; “*conforme valores da glicémia*”; “*médico enganou-se na patologia, não iniciou*”).

Estes dois pressupostos de Collin (2003) (medicamento concessão e medicamento obrigação) podem ser interligados com outras teorias apresentadas por outros autores e já mencionadas, no entanto o “*medicamento compaixão*” é

¹¹¹ Enunciados já descritos no capítulo 2.

¹¹² Iden.

de extrema evidência nos resultados obtidos nos dois questionários, onde o número de psicotrópicos receitados, aviados, tomados e abandonados é bastante elevada, demonstrando desta forma (juntamente com os baixos níveis de concordância encontrados nesta categoria farmacológica¹¹³), uma utilização massiva dos mesmos nesta população, fator que pode influenciar e/ou agravar as debilidades e incapacidades existentes em muitos destes doentes, sobretudo nos mais idosos, o que pode constituir uma agravante para o abandono, ou toma incorreta da medicação prescrita.

Numa análise mais detalhada dos resultados obtidos verificou-se a existência de indivíduos medicados com quatro a seis psicofármacos diferentes, com uma prescrição de toma diária. Numa pesquisa mais individualizada, no grupo de abandono, verificou-se que dos que abandonaram estes medicamentos só 10,2% referiram ter conhecimento da doença (ansiedade e/ou stress). Os motivos apresentados para o seu abandono foram na sua maioria por terem efeitos secundários indesejáveis, por serem caros, por sentirem que melhoraram e como tal já não necessitavam desses medicamentos e por desconhecimento quer da patologia quer da indicação terapêutica destes medicamentos. Estes resultados vêm, mais uma vez, reforçar o enunciado do “*medicamento compaixão*”, em que não há a necessária e conveniente informação aos idosos sobre a medicação prescrita. Também fica demonstrada a existência de uma polimedicação mais específica para este género de medicamentos.

Na cidade é onde o abandono é maior. Os mais idosos – grupo onde o abandono é mais acentuado – poderão estar mais isolados¹¹⁴ e apesar de os apoios sociais serem em maior quantidade, não são suficientes para dar resposta a todas as solicitações.

Na falta de conhecimento/informação pode-se analisar esta atitude como resultante da interligação entre o doente e o médico, na qual é necessário entender a relação médico-doente sendo o enfoque desta relação a confiança existente entre ambos para que os doentes sigam as orientações médicas e desta

¹¹³ Quadro 10, capítulo 5.2.

¹¹⁴ Abordagem já efetuada no capítulo 6.

forma se consiga atingir os objetivos pretendidos, ou seja o tratamento e/ou cura das patologias existentes.

Segundo Strauss (1992) e Goffman (2003) *in* Silva (2008) há toda uma “negociação” baseada na existência de um “trabalho” do doente sobre a sua doença e a relação existente entre médico e doente. Uma relação empática do médico, a atenção dada às queixas do doente e as explicações fornecidas por este profissional de saúde, são essenciais para a criação de uma base de confiança entre estes dois intervenientes, com o consequente seguimento das orientações dadas (p. 32). Para Balint e Norrel (1995), também *in* Silva (2008), “*não se vai ao médico porque se tem uma doença, mas vai-se ao médico porque se «está» doente, ou preocupado*”, sendo por isso necessário ouvir não só um diagnóstico, mas sobretudo uma explicação que tranquilize a ansiedade e dê esperança de melhoras (p. 174).

O tipo de relação existente entre médico e doente, como referido por Silva (2008), Collin (2003), Lumme-Sandt & Virtanen (2002), entre outros, pode ser, outro dos fatores chave na adesão ou não à terapêutica, a ausência de informação adequada por parte do médico, a pouca flexibilidade em dispor de mais tempo para cada utente, sempre que se verifique a necessidade de mais apoio e/ou explicações, quer sobre a(s) patologia(s), quer sobre a terapêutica, a utilização de vocabulário simples e compreensível para os leigos sobre matérias mais técnicas, assim como a persecução sobre a disponibilidade financeira dos doentes são fatores de extrema importância para que a relação estabelecida entre ambos seja a desejada.

Num inquérito efetuado pela Deco Proteste¹¹⁵, entre setembro e outubro de 2016, sobre a relação entre pacientes e os seus médicos de família, “médico e paciente, relação nem sempre feita de entendimentos”, os resultados demonstram qual a realidade destes dois sectores, observando-se que na maioria dos itens a classe médica tem expectativas bastante superiores à dos doentes, demonstrando-se, (quadro 27) que relativamente aos sentimentos dos pacientes estes são maioritariamente negativos no que diz respeito às preocupações, expectativas, compreensão, confiança e envolvimento dos médicos de família nos seus problemas, sendo a opinião dos médicos contrária à dos pacientes. Já

¹¹⁵ Revista da DECO PROTESTE, nº 126 de abril/maio 2017, pp. 11-13

relativamente à transparência existente entre paciente e médico os resultados são inversos, sendo os pacientes mais positivos, afirmando não terem segredos para com os médicos de família.

QUADRO 27 – RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE

Médico	%	Paciente	%
O paciente sabe que eu me preocupo	35%	Sei que o médico se preocupa comigo	15%
O paciente sabe o que esperar de mim	32%	Sei o que esperar do médico	15%
O paciente acha que eu compreendo os sentimentos dele	31%	O médico compreende os meus sentimentos	9%
O paciente confia no meu diagnóstico	28%	Confio no diagnóstico do médico	19%
O paciente é transparente comigo	25%	Sou transparente com o médico	34%
Envolve o paciente no tratamento	23%	O médico envolve-me no tratamento	13%

Elaboração autora: Fonte: DECOProteste nº 126 abril/maio 2017

Estes valores dão-nos a indicação do contraste existente entre as conceções percecionadas pelos médicos e pelos utentes, demonstrando a pouca confiança e credibilidade existente por parte dos doentes em relação à classe médica, a qual se pode correlacionar com o já exposto da pouca disponibilidade e compreensão dos médicos relativamente aos seus doentes, podendo, entre outras razões, esta pouca disponibilidade estar relacionada com as convicções dos médicos sobre os doentes, apresentadas no quadro 27. No entanto não podemos extrapolar estes e outros resultados para todo um universo das relações médico/doente, mas o que podemos considerar é a significância destes resultados na possível não adesão à terapêutica

Klein & Gonçalves (2005), ao citarem Sheridan & Radmacher (1992), apoiam o facto de que “a questão da adesão aos regimes de tratamento situa-se na interface entre o paciente, a família e o médico, em vez de ser uma característica do paciente, da família ou do profissional de saúde” (p. 118).

Cabral & Silva (2010) referem que nas principais razões relacionadas com o não cumprimento da medicação e imputadas à relação entre médico-doente estão: o receio dos doentes fazerem perguntas e pedir esclarecimentos; não prestarem atenção quando o médico explica o tratamento; falta de confiança no médico e não perceberem as vantagens do tratamento (p. 16).

Estas afirmações vêm acentuar o que foi mencionado quanto aos fatores de abandono de medicação, encontrados neste estudo, apesar de os autores supra citados não diferenciarem estas atitudes por género, elas aplicam-se, na área alentejana estudada, às mulheres e aos mais idosos devido às especificidades inerentes a esta região do país¹¹⁶.

Apesar de não ter sido avaliado, foi verbalizado por alguns inquiridos e observado pela investigadora durante a aplicação dos questionários, uma certa “preocupação” relativamente à inter-relação existente entre doente/médico. Esta inter-relação pode em muitos casos ser considerada e verbalizada pelos doentes como boa, sem ansiedade nem stress, no entanto em muitos casos essa perceção por parte dos doentes nem sempre é real. É do conhecimento dos profissionais de saúde e também de alguns utentes o “síndrome da bata branca” o qual, mesmo inconscientemente, pode influenciar quer alguns sinais vitais quer os comportamentos dos doentes durante as consultas.

No documento elaborado “Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (Interministerial, 2017) um dos itens referidos é a capacitação dos profissionais de saúde para a utilização de comunicação não discriminatória e apropriada ao nível de literacia da pessoa idosa e dos seus cuidadores, assim como a sua capacidade de orientação para a gestão do regime terapêutico, em que uma das ações propostas é definir estratégias de combate à polimedicação (de mais de cinco medicamentos), tendo como proposta a promoção da literacia por parte dos profissionais como instrumento de intervenção terapêutica, assegurando que todos os contatos entre profissionais e doentes são aproveitados para desenvolver de forma específica a literacia em saúde (pp. 24-25).

Esta literacia em saúde pode ser compreendida “*como as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, entender e usar informações de uma forma que lhes permita promover e manter uma boa saúde*” (Interministerial, 2017; p. 28).

¹¹⁶ Ver capítulo 6.

Outro fator relevante para o abandono é a ansiedade, uma vez que quanto maior for mais influência terá, neste caso, na informação esquecida. Neste estudo a percentagem encontrada de inquiridos que referiam ansiedade e/ou stress pode ser considerada como elevada (52,4%), fator que poderá potenciar, mesmo que inconscientemente e não verbalizada, a não adesão à terapêutica, sobretudo nos casos de “esquecimento” que ao ser um comportamento inconsciente, pode ser consequência destas patologias.

No entanto a maioria dos motivos de abandono da medicação podem ser incorporados no que Lopes (2007) refere como *sistema referencial leigo*, que se refere às vivências dos indivíduos e não ao contacto com os profissionais, este instrumento conceptual veio alterar as concepções existentes sobre o papel passivo do doente, passando este a ter uma maior independência relativamente à dominância profissional, deixando de ter um papel inativo e adquirindo uma certa pericialidade e autonomia face ao seu estatuto de doente.

A mesma autora, citando Giddens (1992) e outros autores, categoriza três categorias teórico-analíticas que se desenvolvem sobre as racionalidades e saberes leigos. Uma delas é a noção de *disseminação dos sistemas periciais do quotidiano* que dá visibilidade à intensificação das relações entre leigos e peritos, originando novas formas de proximidade social entre ambos os universos. Outra conduz ao conceito de *reflexividade*, que reforça e confere visibilidade à crescente centralidade que a divulgação do conhecimento pericial tem na elaboração das práticas sociais. Numa terceira categoria coloca-se a questão da *noção da ciência* enquanto saber similar, que questiona a possibilidade de entender o surgir de novos quadros de indeterminação, assim como a ligação de ambivalência entre a confiança e descrença que distingue as relações leigas com a informação pericial (p. 123).

A aprendizagem destes saberes, segundo Nicher e Vuckovic (1994), *in* Lopes (2007), num contexto de automedicação, pode também ser visionada num âmbito diferente, neste caso da terapêutica prescrita. Pode, desta forma, ser subdividida em “*aprendizagem empírica direta*”; “*aprendizagem pelo exemplo*” e “*aprendizagem pela informação*”. Na “*aprendizagem empírica direta*” o uso de medicamentos é praticado em circunstâncias em que existe incerteza quanto à complexidade do problema de saúde (“*não sabe se é nervoso*”; “*não necessita*”;

“tanto faz tomar um ou dois”; “não fazia nada”), neste caso englobam-se os doentes que decidem parar ou reduzir a medicação prescrita como forma de avaliação dos efeitos secundários que pensam estar relacionados com a terapêutica, ou para avaliarem a eficácia da medicação consoante a evolução da sintomatologia durante essas paragens ou reduções da terapêutica. A “aprendizagem pelo exemplo” está interligada com a anterior uma vez que resulta de experiências anteriores, do próprio ou partilhadas por outros, das quais resultam saberes que serão ativados em situações consideradas semelhantes (“mulher disse que fazia mal”; “não fazia falta, nora disse para não tomar”). A “aprendizagem pela informação” é diferente das outras, tendo por base outras fontes de informação, tais como revistas, meios de comunicação ou Internet. Esta aprendizagem, através de revistas e meios de informação, só foi verbalizada (e em poucos casos) relativamente à utilização de medicamentos de venda livre, não tendo sido apresentada como meio de informação para o abandono da medicação, no que se refere à Internet a sua utilização como meio de informação não se enquadra na população estudada devido às suas características (idade, grau de literacia) e também por não ter sido verbalizado por nenhum dos inquiridos como fator de abandono de medicação.

A adesão à terapêutica pode também ser perspetivada num sector da literacia em saúde como um procedimento relacionado como o grau como cada um é capaz de compreender e avaliar o seu estado de saúde ou doença, com os conceitos e conhecimentos, assim como das expectativas sentidas relativamente à sua progressão e/ou tratamento, sendo que a ineficácia do tratamento pode levar ao seu abandono, conseqüentemente poderá haver um agravamento da situação clínica com a eventual necessidade da introdução de mais medicação, que neste caso tendo por base a experiência negativa vivenciada anteriormente, pode não ser bem aceite.

A falta de conhecimento sobre a sua situação clínica, tendo em atenção que o conhecimento humano deriva de um processo de pensamento lógico e objetivo, traduz-se em comportamentos de preservação da sua saúde que têm em conta os riscos e benefícios que daí possam resultar, pelo que essa falta de conhecimento pode levar à não adesão ao regime terapêutico, 28,8% dos indivíduos não seguem as prescrições devido à falta de conhecimento e aos custos (Dias et al., 2011).

Neste estudo não foram avaliados diretamente os conhecimentos sobre a medicação, alguns inquiridos sabiam toda a medicação que estavam a tomar, outros não se lembravam, razão pela qual se recorreu ao sistema informático SClínico, disponível nestes serviços de saúde. No entanto este conhecimento foi posteriormente avaliado através dos índices de concordância¹¹⁷, que nos deram uma indicação sobre esses conhecimentos, que demonstraram ser menores no grupo de abandono. No entanto na escala de níveis de concordância entre patologia/consumos terapêuticos/conhecimento da doença a qual varia entre zero e 28 (em que zero corresponde à ausência de concordância e 28 concordância relativamente à(s) patologia(s)/terapêutica prescrita¹¹⁸), em que as médias encontradas se situam nos 23/25, os conhecimentos sobre a medicação não podem ser considerados muito baixos.

Sob outro ponto de vista temos a “não adesão voluntária”, em que o doente decide não tomar a medicação ou tomá-la de forma diferente (“*só em SOS*”; “*toma conforme se sente*”; “*conforme valores da glicémia*”) e a “não adesão involuntária” na qual o doente tem dificuldade em cumprir e/ou seguir o tratamento de forma involuntária (“*esquecimento*”; “*não sabia que era para tomar*”; “*tomou uma caixa, não sabia que era para continuar*”; “*pensava que era só um comprimido*”).

Segundo Donovan & Blake (1992) a não adesão pode ser uma deliberação refletida e não um procedimento desviante, o que demonstra uma consciencialização da prática do abandono tendo por base decisões tomadas pelos indivíduos e conseqüentes de uma, ou mais, avaliações e/ou conceitos que o predis põem a esse comportamento.

O que também se pôde observar foi que apesar de abandonarem o tratamento, total ou parcialmente, os utentes, na maioria dos casos, não informam o médico de que o faziam¹¹⁹, pelo que quando vão à consulta o médico continua a prescrever o mesmo tratamento, que o doente não cumpre, sendo talvez esta

¹¹⁷ Conf. anexo 26 – Quadro 19 (p. 53 – Anexos)

¹¹⁸ Veer capítulo 5.2.

¹¹⁹ Durante a realização dos questionários foi frequente alguns dos inquiridos, com abandono de medicação, solicitarem que o médico de família não fosse informado desse abandono, sendo explicado que tal não aconteceria. Este comportamento pode ser demonstrativo da já referida supremacia médica à qual muita desta população está subordinada, e que, segundo Carapinheiro (2011b), devido à utilização de novas e mais sofisticadas tecnologias veio conferir à classe médica um simbolismo ainda mais acentuado.

outra das razões para que na farmácia não comprem os medicamentos, referindo que ainda têm em casa. Ao observarmos os resultados obtidos nos questionários das farmácias sobre o motivo de não comprarem a medicação verificamos que o motivo mais referido “ainda tem em casa” é maioritariamente mencionado pelas mulheres, pelos da cidade e pelos mais idosos, que são os que apresentam uma maior percentagem de abandono, o que vem reforçar o pressuposto de que não informam o médico de que já não tomam a medicação.

Perante estas respostas pode-se presumir que a relação existente entre os dois intervenientes, médico/utente, não seja a desejada, o que pode corroborar o apresentado no quadro 27, no qual se observa que as expectativas dos médicos são muito superiores às dos doentes, sendo os sentimentos dos doentes na sua maioria negativos relativamente às suas expectativas e preocupações.

No entanto estes comportamentos contrastam com o apresentado no capítulo 6.4, em que perante a falta de informações solicitadas nas farmácias, os inquiridos das USF afirmavam confiar no médico, o que leva a colocar a questão se estes resultados não serão uma demonstração da já referida dominância e supremacia médica, com os utentes subordinados às “ordens” médicas sem capacidade para contrapor as prescrições efetuadas, tendo uma atitude de passividade e “obediência aparente” durante as consultas, podendo mesmo verbalizar uma concordância com as prescrições médicas, mas atuando de maneira autónoma e segundo as suas conceções e experiências quando da toma da medicação, o que é também demonstrativo de uma certa autonomia leiga face aos saberes periciais.

Ainda neste contexto, abandono da medicação, Osterberg & Blaschke (2005) mencionam que a taxa de adesão à terapêutica está associada com o número de medicamentos tomados e os anos de patologia, havendo maior adesão em doentes com patologias agudas, existindo uma tendência para abandono após os seis primeiros meses.

Neste estudo verificou-se um elevado número de patologias, a maioria crónicas, com uma durabilidade a variar entre um e sessenta e cinco anos, com a consequente polimedicação prescrita e apresentada, além de que a maior percentagem de inquiridos se situava em faixas etárias mais elevadas, tudo isto pressupõe tratamentos longos, complexos e com eventuais efeitos secundários

devidos ao número elevado de medicamentos prescritos e tomados (polimedicação).

O apoio social é outro fator promotor de aderência, uma vez que quanto maior for o apoio prestado, maior a probabilidade de adesão à terapêutica, porquanto as pessoas mais isoladas têm maior probabilidade de não cumprimento da terapêutica. O que se apurou na análise efetuada aos dois grupos (grupo sem abandono e grupo de abandono) foi que o GSA apresenta uma percentagem inferior (16,8) de inquiridos a viverem sós, enquanto que no GA essa percentagem é de 20,8%, sendo as mulheres a viverem sós o dobro dos homens. Não se averiguou sobre os apoios sociais (a não ser os económicos) que estes inquiridos tinham, ou não, pelo que não foi possível saber se os que vivem sós têm ou não este apoio, verificou-se, no entanto, que foi neste grupo onde há mais abandono, ou seja, é nos que vivem sós e nas mulheres.

8.2 – MEDICAMENTOS ABANDONADOS

Analisando agora os dados obtidos sobre quais os medicamentos mais abandonados temos que, nos questionários das USF os medicamentos que em maior percentagem não foram comprados foram os para o SNC e nos questionários das farmácias os para o aparelho cardiovascular. Já em relação aos que compraram todos os medicamentos os resultados foram iguais nos dois questionários, tendo sido os mais comprados os medicamentos para o aparelho cardiovascular.

Os medicamentos parcialmente abandonados (quadro 28) são em maior percentagem do grupo farmacológico SNC, o que corresponde aos medicamentos maioritariamente não aviados nas USF, sendo a indicação terapêutica os psicofármacos.

QUADRO 28 – ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS ABANDONADOS, PARCIALMENTE, POR GRUPO FARMACOLÓGICO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Grupo farmacológico
1º - Sistema Nervoso Central – 43,8%
2º - Aparelho Cardiovascular – 25%
3º - Aparelho Digestivo – 21,9%
3º - Doenças Endócrinas – 21,9%
4º - Sangue – 9,8%

Indicação terapêutica
1º - Psicofármacos – 28,1%
2º - Anti hipertensores – 21,9%
3º - Anti diabético – 18,8%
4º - Analgésico; Antipirético – 12,5%
5º - Anticoagulante; Anti trombótico - 9,8%

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Perante estes resultados verificamos que tanto os medicamentos abandonados, como os não comprados são os utilizados para as patologias mais frequentes (hipertensão, patologias articulares, hipercolesterolemia, patologias vasculares e ansiedade/stress)¹²⁰.

Não tendo sido encontrados estudos específicos nesta área, relacionamento de várias patologias com medicamentos abandonados, pode-se concluir a existência (nesta amostra) de uma relação direta entre medicamentos e patologias mais prevalentes.

Nos medicamentos abandonados ir-se-á agora apresentar os resultados quer do número, quer das indicações terapêuticas encontrados neste estudo, no grupo que apresenta abandono total

A maior percentagem neste abandono (quadro 29) é de um medicamento.

¹²⁰ Conforme quadro 9 capítulo 5.2.

QUADRO 29 – ANÁLISE DO NÚMERO DE MEDICAMENTOS ABANDONADOS

Medicamentos	N	%
1	29	49,2
2	14	23,7
3 / 4	10	16,9
5 / 7	6	10,2
Total	59	100,0

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

O grupo de medicamentos mais abandonados é, tal como no abandono parcial, para o SNC, seguidos dos para o aparelho cardiovascular (quadro 30)¹²¹.

Nestes abandonos existem doze casos que têm os dois tipos de abandono, destes quatro são homens e oito são mulheres. Quanto à residência dois casos são das aldeias e os restantes dez casos são da cidade. Relativamente às faixas etárias cinco estão entre os 65 -69 anos, um entre os 70-74 anos, três entre os 75-79 anos e três têm 80 ou mais, o que coincide com as características do grupo de abandono total.

QUADRO 30 – ANÁLISE DAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DOS MEDICAMENTOS ABANDONADOS

Indicações terapêuticas	%
Sistema nervoso central	22,2
Aparelho cardiovascular	21,1
Aparelho locomotor	15,6
Aparelho digestivo	11,1
Anti inflamatório	8,9
Sangue	5,6
Aparelho geniturinário	4,4
Nutrição	4,4
Aparelho respiratório	3,3
Anti vírico	1,1
Doenças endócrinas	1,1
Dermatologia	1,1

Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Avaliando em primeiro lugar os medicamentos abandonados (quadro 30) eles coincidem com os medicamentos mais receitados e mais vendidos, os para o

¹²¹ conf. anexo 118 – Quadro 72 (p. 145 – Anexos)

SNC. Se compararmos estes abandonos com o índice de concordâncias (quadro 10, capítulo 5.2; p. 114) verificamos que as patologias onde se verifica menor concordância (não refere a patologia, mas toma a medicação) é no stress e na ansiedade, o que demonstra desconhecimento das doenças e/ou da indicação terapêutica dos medicamentos receitados, assim o abandono da medicação, neste caso para o SNC pode ser devido a este desconhecimento. Também nesta variável não foram encontrados estudos que pudessem explicar estes resultados. O grupo dos medicamentos para o SNC engloba várias indicações terapêuticas, nomeadamente curarizantes e relaxantes musculares; psicofármacos; analgésico; antipiréticos e medicamentos para a enxaqueca, o que poderia levantar a dúvida de qual a indicação dos mesmos. Efetuou-se uma pesquisa mais minuciosa e pôde-se observar que a maior percentagem abandonada é de psicofármacos, seguida dos analgésicos, o que corrobora o eventual desconhecimento quer da patologia quer da indicação terapêutica do medicamento.

8.3 – ABANDONO PARCIAL

Referenciando agora as situações de abandono de medicação, será exposto primeiro o abandono parcial, seguido do abandono total.

Como observamos são vários os motivos do abandono da medicação, quer parcial quer total, divergindo estes consoante diferentes variáveis, nomeadamente fatores socio culturais, económicos, trajetórias de saúde/doença vivenciadas, assim como perceções sobre a eficácia ou não da medicação utilizada.

O abandono parcial da medicação representa 15,8% do total de inquiridos. Destes 6,4% apresenta também abandono total de medicação, pelo que só 9,4% têm exclusivamente abandono parcial.

No abandono parcial a maioria (97%) refere tomar doses inferiores às prescritas. Neste abandono a maioria não toma a medicação conforme prescrita, tomando menos quantidade, 37,5% só toma em SOS, 12,5% não toma por esquecimento (um dos inquiridos não tomava nenhum dos medicamentos prescritos, nove no total, conforme a prescrição por esquecimento, demonstrando conhecimento das suas patologias). No que se refere a restringir/evitar a toma de medicamentos só se verificou um caso, bem como no relacionado com os saberes e racionalidades

leigas, em que se apurou que um inquirido não tomava um total de nove medicamentos (dois para o sangue, seis para o aparelho cardiovascular e um para o aparelho digestivo) e não demonstrava conhecimento das patologias.

8.4 – ABANDONO TOTAL

Esta parte do trabalho abrange o subgrupo de 59 inquiridos, 29,2%, identificados como tendo abandonado pelo menos um medicamento. Esta condição traduz e por isso se designa como abandono total da medicação.

Nele serão descritas e analisadas as diferenças encontradas entre o grupo sem abandono (GSA) e o grupo de abandono (GA), tendo por base os objetivos específicos delineados no capítulo 3: 1- identificar e caracterizar razões/motivações/determinantes para o abandono de medicação entre a população idosa (já expostas em 8.1); 2 – determinar a diversidade subjacente aos padrões de abandono, tipo de medicamento, contexto e motivações (também já efetuada); 3 – Identificar e compreender os principais fatores de variabilidade do abandono, em função do género, local de residência, grau de escolaridade e idade.

8.4.1 – Análise das diferenças entre o grupo de abandono e o grupo sem abandono

Para uma melhor compreensão dos dados obtidos esta avaliação será subdividida na caracterização sociodemográfica e fatores de variabilidade do abandono; na análise dos perfis e cuidados com a saúde e numa análise das perceções e conceitos de saúde.

8.4.1.1 – Características sociodemográficas e fatores de variabilidade do abandono

Ir-se-á seguidamente apresentar as diferenças encontradas entre o grupo de abandono e o grupo sem abandono relativamente às características sociodemográficas e fatores de variabilidade do abandono

QUADRO 31– DIVERSIDADES ENTRE GSA E GA –SEXO; IDADE; ESCOLARIDADE E LOCAL DE RESIDÊNCIA

	GSA	GA
Sexo	Fem. 55,9% - Masc. 44,1%	Fem. 62,7 % - Masc. 37,3%
Idade	75-79 – 28,7%	>=80 – 28,8%
Escolaridade	S/ escola e 1º ciclo Incompleto + 1º completo – 44,1%	1º ciclo completo – 54,2%
Local de Residência	Cid. 42,7% - Ald. 57,3%	Cid. 66,1% Ald. 33,9%

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Como se pode observar no quadro 31 as mulheres são as que apresentam maior percentagem de abandono (62,7%) assim como os residentes na cidade (66,1%), os mais idosos (28,8%) e os com escolaridade média (54,2%). Na pesquisa efetuada para este trabalho foram encontradas poucas referências que relacionassem estas variáveis com as taxas de abandono. No entanto Edlund (2011) *in* Henriques (2011) também refere que são as mulheres que tomam mais medicamentos, pelo que se pode inferir, perante estes resultados, que o maior abandono por parte das mulheres poderá dever-se ao maior número de doenças e de comprimidos tomados diariamente por este grupo (resultados apresentados nos capítulos 5.2 e 7.1). No entanto no mesmo estudo, e contrariamente ao observado neste, as taxas de abandono foram superiores nos residentes em meio rural e nos com menos habilitações literárias.

No respeitante ao género nas mulheres existem outros fatores (além de serem o grupo com uma média superior de patologias e com maior consumo de comprimidos), que podem ser condicionantes deste abandono (isolamento, perceção do seu estado de saúde como mau, com mais dificuldades económicas e mais pessimistas quanto ao futuro).

Segundo dados do Eurostat (2016) *in* Interministerial (2017) em Portugal os indicadores revelam que as mulheres vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde (p. 16). O mesmo documento refere a articulação das relações de género como origem de vulnerabilidade face à doença e ao processo de envelhecimento, os quais derivam de segregações estruturais, sendo reflexo de discriminações estruturais e resultado de opções individuais, ultrapassando os papeis sociais adotados, envolvendo estruturas socioculturais, políticas e modos de organização social e económica (p. 17).

O que se verificou neste estudo é que as mulheres têm médias de idades inferiores às dos homens, mas relativamente ao estado de saúde têm mais patologias.

Relativamente às faixas etárias a média de comprimidos e medicamentos tomados é superior nos com 75-79 anos em ambos os questionários. Já em relação ao avio da medicação são os com 70-74 anos (nos questionários das USF) que demonstram uma maior percentagem de compra dos medicamentos, enquanto que nos das farmácias essa percentagem é maior nos com 75-79 anos. A maior percentagem de abandono situa-se nos com idades superiores a 75 anos que é a que apresenta um maior número de medicamentos e comprimidos, de doenças, com menos habilitações literárias, com mais dificuldades económicas, com maior percentagem de não avio de medicamentos, razões estas que podem ser propícias ao abandono da medicação.

Relativamente às habilitações literárias são aqueles que têm menores habilitações que apresentam uma média superior de comprimidos e medicamentos tomados. No avio de medicamentos (questionários USF) são os com o 1º ciclo completo que compram em maior percentagem todos os medicamentos. Comparando estes dados com os do abandono são os com o 1º ciclo completo que abandonam mais a medicação. Estes valores apresentam-se como contraditórios e de difícil avaliação uma vez que os que apresentam maior abandono são os que tomam menos medicamentos e comprimidos e quando vão à farmácia compram em maior percentagem os medicamentos prescritos. Os estudos encontrados sobre esta variável foram poucos, e descritos no capítulo 7.1, no entanto os mesmos só se referem à média de comprimidos e não referem a interligação com as habilitações literárias, pelo que podemos considerar que este abandono possa ser devido a perceções e crenças diferentes entre os dois grupos, assim como a um maior nível de literacia que pode ter como consequência um maior conhecimento sobre a possível existência de certos efeitos secundários, os quais podem ser percecionados pelos próprios, ou podem ser o motivo para o abandono através do conhecimento dos mesmos pela leitura das bulas inseridas nas caixas dos comprimidos, levando a que por um lado a sua leitura se torne dissuasora da toma para evitar esses possíveis efeitos

secundários, ou que por sugestão os doentes que ao terem conhecimento da possibilidade da sua ocorrência os percecionem como existentes após a toma da medicação. Alguns autores consideram que informação a mais pode ser contraproducente, pois os doentes ao saberem dos possíveis efeitos secundários da toma de certos medicamentos, ou os sintam ou abandonem a medicação para evitar esses efeitos. Estas conclusões estão relacionadas com os que possuem o 1º ciclo completo, uma vez que os com mais habilitações literárias apresentam menos abandono, tendo já sido apresentadas as possíveis explicações para esta diferença no subcapítulo 8.1.

Quanto ao local de residência nas aldeias a média de comprimidos e medicamentos tomados é superior à cidade (questionários das USF), enquanto que nos questionários das farmácias a média é superior nos residentes na cidade. Na cidade a percentagem de avio de medicamentos é superior em ambos os questionários.

É na cidade onde há mais abandono, o que tal como o verificado, e exposto, relativamente às habilitações literárias, também se apresenta como opostos. Neste caso além da eventual presença de crenças e perceções diferentes, a situação económica destes residentes poderá contribuir para um maior abandono. Os habitantes da cidade têm menos isenções, menos ajudas/comparticipações nos medicamentos (mais gastos na compra da medicação), apresentam uma percentagem menor na habitação própria (o que implica mais gastos nas rendas), têm menos cultivo de produtos hortícolas e de criação de animais para alimentação (mais gastos na alimentação), o que vai acarretar mais gastos para a sua subsistência, com uma inerente maior indisponibilidade económica, que pode ter como consequência a presença de maior abandono.

QUADRO 32 – DIVERSIDADES ENTRE GSA E GA – DEPENDENTES, ISENÇÃO DE TAXAS E COMPARTICIPAÇÃO/AJUDA NA COMPRA DE MEDICAMENTOS

	GSA	GA
Dependentes	Sim 36,4%	Sim 28,8%
Isenção taxas	Sim 62,2%	Sim 67,8%
Comparticipação/ajuda na compra de medicamentos	Não 62,6%	Não 67,8%

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Na análise da existência de dependentes e das condições económicas (quadro 32) o GSA apresenta uma percentagem maior de dependentes que o GA¹²², no respeitante à isenção de taxas moderadoras e na comparticipação/ajuda na compra de medicamentos as percentagens são muito similares embora o GA tenha uma percentagem maior¹²³, o que pode ser a demonstração das dificuldades económicas apresentadas por este grupo como um dos motivos de abandono, apresentando-se como o motivo principal nas USF para a não compra de toda a medicação. Quanto ao motivo da isenção não se encontram grandes diferenças nos dois grupos¹²⁴. Relativamente a terem comparticipação/ajuda extra na compra dos medicamentos a diferença é pouco relevante entre os dois grupos¹²⁵.

Observou-se ainda que relativamente à parte financeira (isenção de taxas moderadoras e comparticipação extra nos medicamentos) o grupo sem abandono tem uma percentagem menor de isenção de taxas moderadoras e de comparticipação/ajuda extra na compra de medicamentos, sendo essa comparticipação por isenção (GSA = 53,7%; GA = 57,9%)¹²⁶. No GA a percentagem de mulheres a usufruir destas contribuições é inferior à dos homens, já no GSA as percentagens alteram-se sendo as mulheres a desfrutar de maiores percentagens desses apoios. Perante estes valores será de considerar que outra das hipóteses do abandono ser maior nas mulheres poderá dever-se à menor percentagem de comparticipações, que conjugada com o maior número de comprimidos tomados por dia, predispõe ao abandono.

Na pergunta “se conseguiriam comprar/tomar toda a medicação sem essa ajuda” a maioria respondeu que não, sendo o GSA a apresentar a percentagem mais elevada¹²⁷. Estes valores deram-nos uma informação sócio económica dos dois grupos, da avaliação feita podemos constatar que não existem diferenças significativas entre eles. Este indicador das condições económicas da população em estudo está de acordo com o referido em 2.4, em que o Alentejo apresenta a maior taxa e a maior percentagem a nível nacional de não compra de medicamentos devido a dificuldades económicas.

¹²² conf. anexo 15 – Gráficos 5 e 6 (p. 42 – Anexos)

¹²³ conf. anexo 19 – Gráficos 7 e 8 (p. 46 – Anexos)

¹²⁴ conf. anexo 20 – Gráficos 9 e 10 (p. 47 – Anexos)

¹²⁵ conf. anexo 22 – Gráficos 11 e 12 (p. 49 – Anexos)

¹²⁶ conf. anexo 23 – Gráficos 13 e 14 (p. 50 – Anexos)

¹²⁷ conf. anexo 24 – Gráficos 15 e 16 (p. 51 – Anexos)

Relacionando a compra ou não de medicação, com os pedidos de informação aos farmacêuticos e as informações prestadas por estes profissionais, e já apresentadas, verificou-se que na relação com os farmacêuticos em todas as questões colocadas não se verificaram diferenças entre os dois grupos (GSA e GA)¹²⁸, e que relativamente ao GA, e na questão de pedirem os medicamentos mais baratos, se apresenta como uma situação um pouco singular, uma vez que a maioria não solicita os medicamentos mais baratos. Esta situação poderá ser explicada pela já mencionada “vergonha” de demonstração de dificuldades económicas.

8.4.1.2 – Análise dos perfis e cuidados com a saúde

Numa análise sobre os resultados obtidos à pergunta nº 1 dos questionários das USF (“indique como classifica o seu estado de saúde comparativamente com pessoas da sua idade”) e comparando os resultados entre os dois grupos (GSA e GA) de uma forma geral, apurou-se que quanto ao estado de saúde no GSA, a maior parte dos inquiridos considera-o razoável (44,1%), no GA a maior percentagem encontra-se no mau/fraco (49,2%)¹²⁹.

Comparando estes resultados com os apresentados no capítulo 6.1, quadro 11 (p. 120), verificamos que ao retirarmos o GA (n=59) da amostra total de todos os inquiridos (n=202), houve valores que se alteraram significativamente, no GSA (n=143), no género e local de residência, as diferenças passaram de $p < 0,05$ a $p = 0$, o que demonstra que no grupo de abandono as mulheres e os residentes nas aldeias apresentam uma percentagem significativamente superior na consideração do seu estado de saúde como mau/fraco, relativamente ao GSA. Também no GSA na idade as percentagens dos com 80 e mais anos subiram no muito bom/bom e no razoável e desceram no mau/fraco, o que nos mostra, mais uma vez, que as perceções sobre o estado de saúde dos que não apresentam abandono é mais positiva dos que abandonam a medicação.

No GA as diferenças só são estatisticamente significativas no local de residência ($p < 0,05$), enquanto na cidade consideram maioritariamente o seu estado de saúde razoável (80%) e nas aldeias é percecionado como mau/fraco (44,8%).

¹²⁸ conf. anexos 28 a 31– Quadro 20, Gráficos 21 a 26 (pp. 55 a 58 – Anexos)

¹²⁹ conf. anexos 34 e 36 – Quadro 22 e Gráfico 28 (pp. 61 e 63 – Anexos)

Analisando todos os resultados (quadro 33): “como considera o seu estado de saúde, comparativamente com pessoas da sua idade”, verificamos que o grupo de abandono apresenta percentagens muito baixas na resposta muito bom/bom, quanto à resposta razoável a diferença entre os dois grupos não é significativa, sendo que na de mau/fraco o grupo de abandono mostra percentagens superiores em relação ao grupo sem abandono, o que é demonstrativo das conceções mais negativistas do grupo de abandono

QUADRO 33 – ESTADO DE SAÚDE – DIFERENÇAS GSA - GA

Estado de saúde		Grupos	Muito bom/Bom	Razoável	Mau /Fracó
Sexo	Feminino	GSA	13,7%	41,3%	45%
	Masculino		34,9%	47,6%	17,5%
	Total		23,1%	44,1%	32,9%
	Feminino	GA	5,4%	40,5%	54,1%
	Masculino		13,6%	45,5%	40,9%
	Total		8,5%	42,4%	49,2%
Idade	65-69 anos	GSA	31%	48,3%	20,7%
	70-74 anos		26,3%	39,5%	34,2%
	75-79 anos		9,8%	46,3%	43,9%
	>= 80 anos		28,6%	42,8%	28,6%
	Total		23,1%	44,1%	32,9%
	65-69 anos	GA	6,7%	53,3%	40%
	70-74 anos		0%	54,5%	45,5%
	75-79 anos		12,5%	37,5%	50%
	>= 80 anos		11,8%	29,4%	58,8%
	Total		8,5%	42,4%	49,2%
Local residência	Cidade	GSA	34,4%	49,2%	16,4%
	Aldeia		14,6%	40,2%	45,1%
	Total		23,1%	44,1%	32,9%
	Cidade	GA	7,7%	51,3%	41%
	Aldeia		10%	25%	65%
	Total		8,5%	42,4%	49,2%
Escolaridade	s/ escola e 1º ciclo incompleto	GSA	15,9%	44,4%	39,7%
	1º ciclo completo		22,2%	44,4%	33,3%
	2º+3ª ciclo+ secund + ens. Sup		52,9%	41,2%	5,9%
	Total		23,1%	44,1%	32,9%
	s/ escola e 1º ciclo incompleto	GA	5,3%	21,1%	73,7%
	1º ciclo completo		9,4%	53,1%	37,5%
	2º+3ª ciclo+ secund + ens. Sup		12,5%	50%	37,5%
	Total		8,5%	42,4%	49,2%

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Fazendo uma comparação mais pormenorizada, e como se pode observar no quadro 33, temos que relativamente ao género, idade e local de residência o GA

apresenta percentagens mais elevadas na resposta mau/fraco, na escolaridade o GSA apesar de mostrar a maior percentagem nos com mais habilitações literárias na resposta muito bom/bom, são os com menos habilitações que apresentam maior percentagem no razoável.

Em ambos os grupos as mulheres consideram a sua saúde maioritariamente má/fraca, enquanto que os homens a consideram razoável. Quanto aos escalões etários o GSA considera-a como razoável em maior percentagem em todas as idades, enquanto que no GA a maior percentagem se encontra na perceção de má/fraca e nos mais idosos (a partir dos 75 anos). Na comparação entre cidade e aldeias enquanto que na cidade o GSA considera a sua saúde razoável, nas aldeias a ideia é de que é má/fraca, o que se verifica também no GA mas com percentagens superiores sobretudo na consideração mais negativa. No que respeita aos níveis de escolaridade as diferenças são consideráveis entre os dois grupos, enquanto que no GSA os com mais habilitações literárias consideram o seu estado de saúde como muito bom/bom, no GA deparamo-nos com uma situação em que os com menos habilitações consideram-no como mau/fraco. Estes dados vêm reforçar o que já foi demonstrado e analisado, das diferenças existentes entre estes dois grupos (com e sem abandono) tendo como referência as diferenças existentes entre os géneros, os habitantes da cidade e das aldeias, a escolaridade e as faixas etárias.

No quadro 34 podem-se observar as diferenças existentes entre os dois grupos (GSA e GA), relativamente às considerações sobre o estado de saúde, cuidado com a saúde e dieta, assim como as diferenças encontradas nas variáveis a descrever seguidamente, frequência de consultas e exames médicos.

QUADRO 34 – DIVERSIDADES ENTRE GSA E GA – CUIDADO COM A SAÚDE; DIETA; CONSULTAS E EXAMES MÉDICOS

	GSA	GA
Estado de saúde	Razoável – 44,15	Mau/Fraco – 49,2%
Cuidado com saúde	Muito/algum -83,2%	Muito/algum – 91,5%
Dieta	Não – 64,3%	Sim – 50,8%
Consultas médicas	2 x ano – 46,9%	3/3 meses – 47,5%
Exames médicos	2 x ano – 36,4%	2 x ano - 35,6%

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Abordando agora a questão das patologias e dos cuidados com a saúde, quer a nível dos cuidados com a dieta quer dos cuidados gerais, assim como na execução de exames médicos e frequência de consultas médicas, apurou-se que na comparação entre o GSA e o GA no GSA existe uma maior percentagem nas oito doenças por pessoa (16,8%) enquanto que no GA o número de doenças se encontra, em igual percentagem (16,8), nas seis doenças¹³⁰. Estes valores demonstram que o grupo de abandono, apesar de ter um menor número de doenças por pessoa, tem mais doenças no geral, que interligado com o género (mulheres com mais patologias e mais comprimidos tomados), com a idade (mais idosos, com mais patologias, com mais anos de doença e mais medicação) nos leva a considerar que estas variáveis são também um motivo para o abandono.

Quanto aos níveis de concordância (patologia/medicação/conhecimento) e comparando o GSA com o GA este último apresenta níveis inferiores¹³¹, sendo que o GA apresenta valores de concordância de 23 e 25 com uma percentagem de 18,6%, enquanto que no GSA esses níveis se encontram nos 25 com 23,1%. Também o GA apresenta maiores percentagens nos níveis mais baixos de concordância relativamente às percentagens do GSA e percentagens menores nos níveis mais altos. Estes valores dão-nos a indicação que o grupo de abandono apresenta maior desconhecimento quer das patologias quer da medicação prescrita e/ou toma da mesma, o que se coaduna com os motivos apresentados para o abandono de medicação “falta de conhecimento/informação” .

Analogamente no cuidado com a saúde ambos os grupos referem na sua maioria ter muito/algum cuidado apresentando o GA maior percentagem (91,5) que o GSA com 83,2%¹³². No grupo sem abandono a diferença existente entre as diversas variáveis (género, idade e escolaridade) não é significativa nesta avaliação, a não ser quanto ao local de residência, onde a maior percentagem se encontra na cidade (91,8) sendo nas aldeias de 76,8%, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). No GA não se encontram diferenças estatisticamente significativas nesta variável.

¹³⁰ conf. anexo 25 – Gráficos 17 e 18 (p. 52 – Anexos)

¹³¹ conf. anexo 27 – Gráficos 19 e 20 (p. 54 – Anexos)

¹³² conf. anexos 36 e 38 – Quadro 23 e Gráfico 29 (pp. 63 e 65 – Anexos)

Na dieta é onde se verifica uma diferença maior, enquanto que o GSA refere em maioria que não a faz (64,3%), no GA a maioria refere que faz (50,8%)¹³³, já nos motivos apresentados para fazer dieta os resultados são semelhantes nos dois grupos¹³⁴.

Estes valores dão-nos a indicação de que o GA ao apresentar uma conceção do seu estado de saúde como mau/fraco tem mais cuidado com a saúde e com a dieta, no entanto o mesmo não se verifica relativamente à medicação que abandonam. Nesta avaliação verifica-se o oposto das considerações referidas por Collin (2003) sobre a “gestão de saúde por meios externos ao indivíduo”, em que os indivíduos ao considerarem-se dependentes dos medicamentos, como forma de impedir que a doença se desenvolva não têm comportamentos preventivos (cuidado com a alimentação), visto que a medicação se apresenta como um complemento para a saúde¹³⁵.

O GA apresenta uma maior frequência em todas as consultas (médico em geral, médico de família e especialistas), GA de 3/3 meses, 47,5%, e GSA duas vezes por ano 46,9%¹³⁶, já no que se refere à frequência com que fazem exames médicos não foram encontradas diferenças no número de vezes por ano, duas, todavia a percentagem do GSA é ligeiramente superior com 36,4% enquanto que na GA é de 35,6%¹³⁷. Verifica-se desta forma que quem vai mais ao médico também abandona mais a medicação (num âmbito semelhante – de medicação - e no estudo de Lopes, 2003, sobre automedicação também se constatou que quem ia mais ao médico também apresentava mais automedicação).

Todos estes indicadores nos mostram que o GA apesar de não tomar a medicação prescrita tem mais cuidados com a saúde em geral, possível demonstração dos saberes e racionalidades leigas, assim como de crenças sobre a saúde/doença, adquiridas ao longo de anos de experiência.

Nas variáveis relativas à dieta, cuidados com a saúde e frequência de consultas médicas não foram encontrados estudos em que estes indicadores fossem relacionados com o abandono, o que mais uma vez se demonstra como uma

¹³³ conf. anexos 39 e 41 – Quadro 24 e Gráfico 30 (pp. 66 e 68 – Anexos)

¹³⁴ conf. anexos 42 a 50 – Quadros 25 a 27 e Gráficos 31 a 33 (pp. 69 a 77 – Anexos)

¹³⁵ Ver capítulo 6.3.

¹³⁶ conf. anexo 51 – Quadro 28 e Gráfico 34 (p. 78 – Anexos)

¹³⁷ conf. anexo 55 – Gráficos 37 e 38 (p. 82 – Anexos)

omissão nesta área de análise destes indicadores, tornando desta forma a sua explicação mais difícil.

Relativamente aos cuidados com a saúde e a um estilo de vida saudável¹³⁸, não foram avaliados os conceitos (alguns já descritos no subcapítulo 6.2) sobre as considerações que esta população tem sobre o que é considerado como um estilo de vida saudável, nomeadamente a prática de exercício físico, uma alimentação “regrada” e pobre em açúcares e gorduras, o não consumo de álcool e tabaco e a não exposição à poluição atmosférica (industrial, etc.), entre outras. No entanto e relativamente à frequência das consultas médicas e execução de exames médicos, o apurado demonstrou, na maioria dos casos, um certo cuidado com a saúde.

Neste âmbito Bourdieu (1979) e Weber (1997), *in* Silva (2008) referem que os estilos de vida não se reduzem a um somatório de comportamentos, sendo necessário o entendimento do relacionamento entre o condicionalismo social e a atividade social, uma vez que os comportamentos não advêm só das decisões pessoais, sendo “*resultado de opções de racionalidade contextual, isto é, embora as escolhas sejam individuais, elas são modeladas pelas circunstâncias objectivas e pelas disposições subjectivas*” (p. 17).

A capacidade dos indivíduos terem comportamentos de saúde considerados saudáveis, não depende só dos conhecimentos adquiridos sobre quais os estilos de vida a adotar para a consecução desses estilos de vida, mas são em grande parte definidos pelo ambiente cultural, social e económico em que cada indivíduo está inserido (Silva, 2008; p. 17).

Comparando o GSA e o GA podemos observar, de uma forma sintetizada (quadro 35) as diferenças percentuais entre os dois grupos, relativamente às variáveis dos capítulos 5, 6.1 e 6.2. e ao exposto quanto às diferenças encontradas entre o grupo sem abandono e o grupo de abandono de medicação.

¹³⁸ Ver subcapítulo 1.4.

QUADRO 35 – DIVERSIDADES ENTRE GRUPO SEM ABANDONO E GRUPO DE ABANDONO

	GSA	GA
Sexo	Fem. 55,9% - Masc. 42,1%	Fem. 62,7 % - Masc. 37,3%
Idade	75-79 – 28,7%	>=80 – 28,8%
Escolaridade	S/ escola/1º ciclo incompleto + 1º ciclo completo – 44,1%	1º ciclo completo – 54,2%
Residência	Cid.42,7% - Ald. 57,3%	Cid. 66,1% - Ald. 33,9%
Dependentes	Sim – 36,4%	Sim - 28,8%
Isenção taxas	Sim – 62,2%	Sim – 67,8%
Nº doenças	8	6
Estado de saúde	Razoável – 44,1%	Mau/fraco – 49,2%
Cuidado com saúde	Muito/algum -83,2%	Muito/algum – 91,5%
Dieta	Não – 64,3%	Sim – 50,8%
Consultas médicas	2 x ano – 46,9%	3/3 meses – 47,5%
Exames médicos	2 x ano – 36,4%	2 x ano - 35,6%

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Como se pode observar no quadro 35 o GA tem valores mais elevados em quase todos os itens avaliados, relativamente ao GSA.

Outro aspeto importante no abandono da medicação é o número de medicamentos receitados e tomados, que conforme já foi comprovado é bastante elevado.

Analisando agora a medicação prescrita e tomada por ambos os grupos, podemos observar no quadro 36 as diferenças existentes.

QUADRO 36 - MÉDIAS DO NÚMERO DE COMPRIMIDOS E MEDICAMENTOS TOMADOS POR DIA E NÚMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS RECEITADOS- GSA e GA

	Nª total comprimidos por dia (média)	Nº total medicamentos tomados por dia (média)	Número total medicamentos receitados (média)
GSA	7.40	6.69	7.65
GA	8,14	7,32	9,88

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Comparando a média do número de comprimidos e de medicamentos tomados por dia e do total de medicamentos receitados (média) verifica-se que em todos estes itens o GA apresenta a maior percentagem em todos eles.

Estes resultados podem ser explicativos de parte do abandono, quer demonstrado pelas “queixas” dos inquiridos que tomam muitos medicamentos e muitos

comprimidos (até 27 por dia), quer por razões económicas inerentes à aquisição da medicação.

Ainda no âmbito da medicação passamos agora à descrição e análise dos resultados obtidos relativamente ao consumo de medicamentos de venda livre e de tratamentos caseiros (mezinhas) em ambos os grupos.

Pode-se observar que na utilização de medicamentos de venda livre os dois grupos apresentam uma percentagem bastante elevada e similar de utilização¹³⁹, no entanto a percentagem é ligeiramente maior no GSA (GSA com 80,4% e GA com 74,6%); os dois grupos não utilizam essa medicação para substituir a medicação prescrita, tomando-a conjuntamente e referindo maioritariamente que a toma conjunta não tem efeitos nocivos para a saúde¹⁴⁰.

O grupo de abandono ao apresentar uma utilização inferior ao grupo sem abandono, apesar de ter uma percentagem bastante elevada de utilizadores, pode dever-se quer a motivos económicos (como uma das razões apresentadas para o abandono) uma vez que estes medicamentos não são comparticipados, o que torna a sua aquisição mais dispendiosa, quer à verbalização de que tomam muitos medicamentos, pelo que a toma de mais medicação iria agravar a situação de polimedicação.

No referente ao uso de tratamentos caseiros, “mezinhas”, a sua utilização é menor que a dos medicamentos de venda livre (Sim GSA - 51,7% e GA - 40,7%)¹⁴¹.

Segundo Silva (2008) o uso destes “tratamentos” é muito usado como primeira resposta a sinais de mal-estar, sendo uma manifestação quer da tradição herdada dos antepassados, quer de resistência à medicalização da doença (p. 186).

No entanto a utilização destes “tratamentos” (tal como no uso dos medicamentos de venda livre) é feita concomitantemente com a medicação prescrita, não sendo utilizados como substitutos da mesma (em 100% dos casos são usados conjuntamente), tendo sido referenciado por 91,7% dos utilizadores, que a toma dos mesmos não tendo efeitos secundários.

¹³⁹ conf. anexo 123–Gráficos 89 e 90 (p. 150 – Anexos)

¹⁴⁰ conf. anexos 125 e 127 - Gráficos 91 a 93 (pp.152 e 154 – Anexos)

¹⁴¹ conf. anexo 128– Quadro 82 e Gráfico 94 (p. 155– Anexos)

8.4.1.3 – Análise das percepções e conceitos de saúde

As percepções dos inquiridos sobre as concepções e conceitos sobre a sua saúde/doença e a saúde em geral, suas causas, consequências e/ou inevitabilidade, assim como as eventuais diferenças existentes entre o GSA e o GA, são um dado relevante para podermos avaliar, de que forma estes pressupostos podem ou não interferir na prática do abandono, interligando-o com os motivos apresentados.

QUADRO 37 - PERCEÇÕES DE SAÚDE 1 – DIFERENÇAS GSA - GA

Percepções da sua saúde	Grupos	Parece que adoço mais facilmente que os outros	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar	A minha saúde é ótima
Absolutamente verdade / Verdade	GSA	10,5%	<u>69,2%</u>	44,1%	<u>56,6 %</u>
	GA	16,9%	49,2%	61%	39%
Não sei	GSA	3,5%	2,8%	14,7%	2,1%
	GA	10,2%	11,9%	11,9%	1,7%
Falso / Absolutamente Falso	GSA	<u>86%</u>	28%	41,3%	41,3%
	GA	72,9%	39%	27,1%	<u>59,3%</u>

Elaboração da autora-Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

No quadro 37, relativo ao primeiro questionário (percepções de saúde 1) podem-se verificar as diferenças/semelhanças encontradas entre o GSA e o GA.

Só se verificou diferença significativa e oposta na afirmação “a minha saúde é ótima” onde o GA refere “ser falso/absolutamente falso”, enquanto que o GSA diz ser “absolutamente verdade/verdade”, nos outros itens o GA apresenta percepções mais negativas que o GSA em relação à sua saúde atual e futura.¹⁴²

Esta diferença entre os dois grupos é demonstrativa de um “pessimismo” verbalizado pelo GA, e na falta de estudos encontrados sobre a interligação entre estas variáveis e a sua interdependência com o abandono, pode-se presumir que estes resultados podem ser indicativos de um certo “desalento”, da inexistência de expectativas futuras perante um presente que se manifesta sombrio. Estes sentimentos podem ser uma das causas para o abandono da medicação, que apesar de não serem verbalizadas, podem estar presentes, mais ou menos inconscientemente, nas percepções que os idosos têm sobre o seu presente e futuro, o que pode originar um desinvestimento no presente sem a preocupação

¹⁴² conf. anexos 58, 61, 64, 67 – Gráficos 39 a 46 (pp. 85, 88, 91 e 94– Anexos)

das possíveis consequências futuras. É a já referida (capítulo 6.3) diferença entre “ser velho” e “sentir-se velho”, que se pode aplicar a este grupo de abandono.

QUADRO 38 - PERCEÇÕES DE SAÚDE 2 – DIFERENÇAS GSA - GA

Perceções da sua saúde	Grupos	A maior parte das doenças resultam da falta de cuidado das pessoas	Por mais cuidado que se tenha não se pode evitar as doenças que aparecem com a idade	Ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte	Manter uma boa saúde implica fazer alguns sacrifícios nos hábitos quotidianos	A maior parte das doenças não se podem evitar	Se a vida for vivida de forma saudável, há grandes hipóteses de evitar muitas doenças	Certas doenças são “herança de família”
Concordo total / parcialmente	GSA	87,4%	95,8%	84,6%	90,9%	90,2%	92,3%	83,9%
	GA	89,8%	94,9%	79,7%	89,8%	89,8%	91,5%	84,7%
Não concordo nem discordo	GSA	4,2%	2,8%	3,5%	2,1%	4,2%	3,5%	3,5%
	GA	0%	1,7%	5,1%	1,7%	1,7%	5,1%	3,4%
Discordo parcial / totalmente	GSA	8,4%	1,4%	11,9%	7,5%	5,6%	4,2%	12,6%
	GA	10,2%	3,4%	15,3%	8,5%	8,5%	3,4%	11,9%

Elaboração da autora - Fonte: Questionários das USF (junho 2015)

Verificando os resultados sobre conceitos e “mitos” sobre a saúde em geral (perceções de saúde 2) ambos os grupos (GSA e GA) responderam com percentagens bastante elevadas que concordavam total/parcialmente com as afirmações expostas, o que demonstra que em relação aos conceitos sobre saúde em geral não há diferenças significativas entre os dois grupos. No entanto é-nos dado observar que o GA considera em maior percentagem que a saúde está relacionada quer com o cuidado que se tem, quer com a hereditariedade, no entanto refere, em menor percentagem, que a idade, a sorte e hábitos saudáveis de vida não influenciam a saúde futura (quadro 38)¹⁴³.

Perante estes resultados deparamo-nos com algumas consistências e dissonâncias. O GA apresenta mais cuidados com a saúde (quadro 34) o que está de acordo com o aqui exposto, ao considerarem que a saúde está relacionada com o cuidado que se tem, no entanto, e em oposição, referem em menor percentagem que os hábitos de vida saudáveis não influenciam a saúde futura, pelo que estas perceções podem ser consideradas um pouco contraditórias, apesar da alta percentagem dos valores apresentados. Todavia ao considerarem a

¹⁴³ conf. anexos 70, 73, 76, 79, 82, 85, 88–Gráficos 47 a 60 (pp. 97, 100, 103, 106, 109, 112 e 115 – Anexos)

hereditariedade como fator influenciador da saúde essa “responsabilidade” pode ser transferida para as gerações passadas, não sendo por isso possível evitar as doenças que sobrevêm dessa herança.

Em contrapartida consideram em menor percentagem, que o grupo sem abandono, que a sorte e a idade não têm influência na saúde, demonstrando assim, mais uma vez, a influência da hereditariedade na saúde/doença, fazendo com que desta forma a doença se apresente como uma inevitabilidade.

Estes conceitos, segundo Nogueira (2002)¹⁴⁴ dependem do desconhecimento ou falta de perceção do envelhecimento como processo natural de aprendizagem e de vida, sendo o contexto em que cada um está inserido uma forma de condicionar o seu comportamento. O mesmo autor, e segundo a teoria do *habitus* de Bourdieu, refere que toda uma existência pode ser condicionada e desta forma condicionar a perceção que se tem sobre o envelhecimento, assim os conceitos de que o envelhecimento é um percurso normal de vida podem ser encarados de forma positiva ou negativa influenciando assim todo um estilo de vida.

Estes pressupostos podem explicar as características encontradas no GA:

- Este grupo considera o seu estado de saúde como “mau/fraco”, tem mais cuidado com a alimentação e tem uma frequência anual maior de consultas médicas.
- Relativamente à sua saúde atual e perspetivas futuras é mais pessimista.

8.5 – SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DO GRUPO DE ABANDONO

São vários os fatores¹⁴⁵ referenciados por vários autores, que podem condicionar a adesão ao regime terapêutico. Numa abordagem inicial podemos verificar que dos resultados já apresentados o contexto sócio económico tem uma importância considerável.

¹⁴⁴ Ver capítulo 1.1.

¹⁴⁵ Para mais detalhe ver capítulo 2.4.

Observando as cinco dimensões da aderência descritas pela OMS (quadro 3, capítulo 2.4; p. 73) os resultados encontrados enquadraram-se na sua maioria nessas cinco dimensões.

Fazendo uma exposição mais concisa das diferenças encontradas no GA relativamente ao género, as mulheres apresentam-se:

- como portadoras de mais doenças,
- com um maior do número de comprimidos tomados por dia, mas em contrapartida o número de medicamentos é menor relativamente aos homens (questionários USF).
- com mais cuidado com a saúde (mais consultas e mais cuidado com a alimentação - estatisticamente significativo),
- verificou-se também uma maior percentagem de mulheres a viverem sós, o que poderá ser uma das causas do maior abandono encontrado nas mulheres visto não terem em alguns casos apoio de familiares e/ou vizinhos (sobretudo na cidade, tendo por base o já referido estilo de vida das mulheres e dos residentes na cidade nesta sociedade) o que pode explicar esta maior percentagem de abandono por parte do sexo feminino,
- menos pedido de informação aos farmacêuticos,
- a maior percentagem (47,9%) considera o seu estado de saúde como “mau/fraco”,
- com menor percentagem nas isenções e participações extra nos medicamentos (comparativamente com os homens).

A cidade apresenta:

- idosos com menor número de dependentes,
- menor número de inquiridos com casa própria, com animais e com produtos hortícolas,
- menos beneficiários de isenções de taxas moderadoras e de participações,
- maior média de doenças,
- maior percentagem na frequência de consultas médicas,
- menor percentagem de utentes que não vão à consulta há mais de um ano,
- mais cuidado com a saúde (estatisticamente significativo),

- mais cuidado com a alimentação,
- maior número de comprimidos, menor número de medicamentos (USF)

Neste contexto, e na bibliografia consultada, foram encontrados poucos estudos que relacionassem o abandono com o sexo, quer relativamente ao número de medicamentos tomados, quer sobre os motivos de abandono por parte das mulheres.

Dizem os ditados populares que “*as mulheres adoecem, os homens morrem*”, “*mulher doente, mulher para sempre*”, no entanto neste estudo apurou-se a existência de uma média superior de idades nos homens, as mulheres apresentam-se em maior número (nomeadamente as viúvas), com mais patologias e mais medicação, com mais cuidado com a saúde em geral (alimentação, autocuidado e consultas médicas), com menos pedidos de esclarecimento aos farmacêuticos, o que supostamente pressupõe um conhecimento quer das patologias, quer da medicação, no entanto nos níveis de concordância apresentam média inferior à dos homens (mulheres com média de 24, homens com média de 25). Perante estes valores poder-se-ia inferir que a adesão à terapêutica seria mais elevada, no entanto o que se verificou foi o oposto, as mulheres apresentam uma maior percentagem de abandono, assim como perceções/conceitos sobre a sua saúde atual e perspetivas futuras mais pessimistas. São também mais crentes na sorte, no destino e na inevitabilidade dos acontecimentos (neste caso relativamente à saúde).

Sobre estes conceitos Hespanha (1987) refere que o receio de doença grave parece ser mais comum nas mulheres, sendo o seu aparecimento imprevisível e incontrolável, pelo que ao longo dos tempos a sua explicação foi adquirindo um caráter “sobrenatural”, o qual é mais acentuado nos meios rurais. Também a doença se apresenta na tradição religiosa popular como “a vontade divina”, pelo que certos “desrespeitos” podem desencadear o castigo (a doença) (p. 204). Estas conceções também se verificaram neste estudo, conforme relatado no capítulo 6.3.

Estes fatores podem estar interligados a todo um passado e uma experiência de vida, em que as mulheres eram consideradas seres frágeis e mais doentes, em oposição aos homens que tinham de ser o “pilar” da casa e trabalhar para o sustento da família pelo que não podiam adoecer. Resultados verificados neste

estudo em que os homens apresentam menor número de patologias, de medicamentos tomados e melhores conceitos e percepções de saúde. Também, os homens, na sua maioria, sobretudo os residentes nas aldeias, apesar de reformados, mantêm a sua atividade profissional, continuando a trabalhar no campo, não havendo por isso um grande desfasamento entre a fase ativa e a da reforma.

Mendonça et al. (2008) referem que as desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres além das diferenças físicas, também apresentam diferenças a nível de doenças, hábitos de vida, uso de medicação e suas representações, referindo que relativamente ao género ele “*é uma construção social sobre os papéis sociais dos diferentes sexos, definidos através do tempo e em cada grupo social*” (p. 97). Referem também o papel das mulheres enquanto cuidadoras, o que lhes vai conferindo um saber e um acumular de experiências no cuidar e no de se cuidar. Relatam também que com o envelhecimento as mulheres unem os saberes sobre o processo saúde/doença, conciliados com os serviços de saúde, serviços esses que são mais utilizados, devido ao aparecimento e/ou agravamento de doenças crónicas, advindo desta maior utilização destes serviços um maior conhecimento sobre medicação e uma eventual “desconfiança” das prescrições médicas, necessitando desta forma de aceitação adquirida pelos conhecimentos empíricos obtidos pela experiência.

Os mesmos autores referem que as idosas adquirem conhecimentos sobre as suas doenças através de idas repetidas aos serviços de saúde e aos diversos tratamentos medicamentosos prescritos, transmitindo desta forma a medicina conhecimentos às mulheres idosas que “*se transformam em especialistas populares da medicina oficial, prescrevendo, avaliando e recusando tratamentos, reafirmando suas experiências e conhecimentos em assuntos relacionados ao cuidar*” (p. 105). Também Interministerial (2017) refere as desigualdades existentes entre homens e mulheres, nomeadamente no que concerne à desigual divisão no papel de cuidador que continua a ser comportado sobretudo pelas mulheres, o que além de gerar desvantagens ao longo da vida profissional, como salários mais baixos, segregação, dificuldades de conciliação e menos oportunidades de progressão na carreira, tem como resultado maiores índices de pobreza, sobretudo na velhice (p. 11). Este papel de cuidadoras também se torna numa fonte de saberes e experiências que vão sendo adquiridos

através da prática e conseqüentemente analisados e aplicados em diversas situações de doença mais ou menos similares, constituindo-se como pilares para comportamentos adaptados a cada situação de doença.

No entanto Sousa et al., (2011) referem que no estudo efetuado não encontraram relação entre os níveis de adesão à terapêutica e o sexo ou a idade.

Quanto ao local de residência, cidade/aldeia, temos de ter em conta quer os estilos de vida quer as relações de sociabilidade existentes nestes dois ambientes (referidos no capítulo 1.2 e 6), além de que, segundo Boltanski *in* Hespanha (1987), “*cada grupo social detém um sistema de comportamentos corporais que está ligado às condições objectivas de existência próprias desse grupo*” (p. 198).

Ainda segundo Hespanha (1987) as alterações dos modos de vida verificadas nas últimas décadas, sobretudo nas aldeias, é um elemento explicativo importante para o aumento significativo de doenças de natureza psicossomática (mal-estar, tristeza, ansiedade) as quais levam as pessoas a sentirem-se doentes, não sendo muitas vezes reconhecidas pela medicina científica. Estas doenças são mais frequentes nos reformados, nas mulheres e nos com mais dificuldades económicas. O averiguado neste estudo foi, além do referido por Hespanha (1987), que a patologia com maior percentagem era a hipertensão arterial (73,3%), no entanto o stress e a ansiedade somam uma percentagem também elevada, com 52,4%, sendo que na maioria dos casos estas duas patologias se apresentavam cumulativamente. Perante estes resultados podemos compreender a razão pela qual os medicamentos para o SNC são os segundos mais vendidos e mais prescritos, sendo em contrapartida os mais abandonados, quer no abandono parcial quer no total. Também os níveis de concordância nestes medicamentos são baixos.

Pelo exposto é perceptível que nas aldeias considerem o estado de saúde maioritariamente como mau/fraco, no entanto, apresentam uma média inferior de patologias e uma menor percentagem na frequência das consultas médicas, fator que pode ser devido ao já anteriormente exposto, sobre a menor facilidade de acesso às consultas médicas.

A vida nas aldeias, e num passado ainda recente (e em alguns casos ainda na atualidade) apresenta-se mais difícil, com condições económicas mais precárias, com uma atividade laboral mais difícil (trabalho rural), no entanto com um estilo de vida mais calmo e com menos stress que na cidade, mais saudável devido à menor poluição existente e pela maior interajuda entre os seus habitantes, sobretudo no apoio aos mais idosos. Estas características das aldeias poderão ser uma explicação para que, apesar de terem mais idosos nas faixas etárias mais elevadas, com um passado de trabalho árduo tenham por um lado menos doenças, mas por outro tenham conceções mais negativas do seu estado de saúde, verbalizado em muitos casos como consequência da dificuldade ou mesmo incapacidade de continuarem com as mesmas atividades e dessa forma serem úteis e produtivos para o agregado familiar, como o foram no passado.

Tendo como ponto de referência algumas das diferenças encontradas entre a cidade e as aldeias é de salientar que sendo a percentagem de abandono muito superior na cidade (quase o dobro de nas aldeias, conforme quadros 31 e 35, capítulos 8.4.1.1 e 8.4.1.2; pp. 188 e 199) e o principal motivo referido para o não avio na farmácia (questionários USF) ser por razões económicas (quadro 24, capítulo 8.1; p. 162), o que se verificou foi que é nas aldeias onde há maior percentagem de inquiridos com isenção de taxas moderadoras e com comparticipação extra nos medicamentos, o que demonstra menores rendimentos dos habitantes das aldeias, no entanto estas comparticipações podem ser um dos motivos para um menor abandono visto que pagam menos pelos medicamentos comprados.

Apesar destas dificuldades é de realçar e dar um enfoque especial a esta população que apesar de todos estes constrangimentos é a que tem mais familiares dependentes. É também a que tem maior percentagem de habitantes com casa própria e com mais produtos alimentares para a sua subsistência (animais para alimentação e produtos hortícolas), razão pela qual talvez se possa justificar esta discrepância, visto que a atividade agrícola, praticada para subsistência própria, executada maioritariamente nas aldeias possibilita a subsistência dos seus habitantes a partir do espaço doméstico e familiar, assumindo um papel importante para a sustentabilidade e equilíbrio da economia doméstica. Estas práticas fazem parte de toda uma tradição dos residentes nas

aldeias, inscrevendo-se no espaço e no tempo. Segundo Giddens (2000), *in* Carmo (2007) “a tradição não é pura e simplesmente herdada do passado de forma mecânica e quase inconsciente”. Para Giddens “a tradição implica que o passado seja continuamente reconstituído no presente” (p. 94)

Do ponto de vista sociológico, e se seguirmos o pensamento de Bourdieu, relativamente ao conceito de *habitus*, todos estes comportamentos resultam de todo um passado vivenciado e passado de geração em geração, condicionando as atitudes atuais às vivências passadas.

Talvez seja este um dos motivos para que nas aldeias o cumprimento das prescrições médicas seja maior, sendo o médico visto como o “detentor de toda a sabedoria”, onde a supremacia médica é mais acentuada¹⁴⁶, os níveis de literacia são inferiores, principalmente nas mulheres, não havendo, desta forma, tanta autonomia leiga mesmo a que deriva dos saberes médicos. Estes saberes vão sendo adquiridos ao longo dos tempos e estão relacionados com a inter-relação entre médico/doente, que este estudo mostrou ser menor nas aldeias, consequência da menor percentagem na frequência de consultas médicas.

Outro aspeto relacionado com a saúde, e para alguns autores como parte integrante da adesão às prescrições médicas são os cuidados com a saúde e com a alimentação, o que se observou nas aldeias, contrariamente ao observado na cidade, é que nas aldeias impera o menos: menos abandono de medicação, menos cuidado com a saúde e menos cuidado com a alimentação. Já na cidade predomina o mais, há mais abandono de medicação, têm mais cuidado com a saúde e mais cuidado com a alimentação.

Após a apresentação dos resultados do abandono da medicação, tendo por base o GSA, faz-se agora uma comparação mais concisa entre os dois grupos (GSA e GA). Temos que relativamente ao contexto sócio económico a maior percentagem de abandono se encontra:

- Nas mulheres.
- Na cidade.
- Nos com o 1º ciclo completo.
- Em idades superiores a 75 anos.
- Nos que têm mais isenção de taxas moderadoras.

¹⁴⁶ Fundamentações adquiridas quer por observação direta, quer verbalizadas pelos doentes durante os mais de vinte anos de trabalho da autora com esta população.

- Naqueles que têm menos participação/ajuda extra na compra de medicamentos.
- Nos que têm menos dependentes a cargo.
- Nos com maior número de doenças por pessoa.
- Nos que consideram o seu estado de saúde mau/fraco.
- Nos que têm mais cuidado com a saúde.
- Nos com maior frequência nas consultas do médico de família, nos médicos especialistas e na execução de exames médicos.
- Nas conceções de saúde as diferenças dos que apresentam abandono não são significativas apesar de serem mais pessimistas relativamente à sua saúde. Só na resposta “a minha saúde é ótima” é que os resultados são opostos, o GSA considera que esta afirmação é absolutamente verdade/verdade e o GA considera-a falso/absolutamente falso (quadro 31, capítulo 8.4.1.3).

Relativamente ao contexto sócio económico, a maioria dos itens já foi abordado no ponto anterior, sendo coincidentes. Quanto às habilitações literárias o encontrado na literatura foi que a maior percentagem de abandono se verificava nos com menos habilitações literárias. Neste estudo o grau de literacia da população investigada foi bastante baixo sendo que 40,6% não têm habilitações ou têm o 1º ciclo incompleto, 47% têm o 1º ciclo completo e só 12,4% têm habilitações superiores ao 1º ciclo. O 1º ciclo corresponde à antiga 4ª classe o que demonstra também poucas habilitações, mas no contexto geral do estudo apresentam a maior percentagem.

Nos motivos apresentados para o abandono a baixa literacia pode-se inserir na falta de conhecimento/informação, por um lado devido à não compreensão das patologias/terapêutica, por outro por não serem capazes de ler as bulas dos medicamentos e dessa forma poderem compreender melhor o tratamento, conjugando-se também a hipótese de uma certa “vergonha” de demonstrar “ignorância” não pedindo dessa forma explicações quer aos médicos, quer aos farmacêuticos.

Quanto às idades são os mais velhos que apresentam maior abandono, os motivos podem ser devido às baixas pensões usufruídas com as consequentes

dificuldades económicas, ao isolamento a que alguns estão sujeitos por falta de familiares, de apoio social, ou por perda de capacidades físicas e/ou psíquicas para controlar de forma eficaz a medicação. Exemplo disto é a verbalização, nos motivos de abandono, de esquecimento.

Também os conceitos de “ser velho”, “sentir-se velho” podem ser condicionantes, além dos já descritos, para o abandono, uma vez que ao sentirem-se velhos podem perceberem que já não vale a pena investir na saúde, verbalizando muitas vezes (observação direta da autora) que já não estão cá a fazer nada, que mais valia morrerem. Uma demonstração destes sentimentos é a elevada taxa de suicídios no Alentejo, sobretudo nos homens.¹⁴⁷

Do ponto de vista económico, e apesar das ajudas recebidas, são os que têm mais dificuldades que apresentam mais abandono (mesmo os que têm isenção de taxas moderadoras e os que têm participação extra na compra da medicação). Motivo igualmente referido por outros autores Gellad et al. (2011); Lumme-Sandt & Virtanen (2002) e Secoli (2001) entre outros.

Quanto ao perfil, auto perceção e autocuidado com a saúde o GA apresenta:

- Maior número de doenças por pessoa.
- Níveis de concordância patologia/medicação inferiores.
- Auto perceção do estado de saúde maioritariamente como mau/fraco.
- Autocuidado com a saúde mais elevado.
- Mais cuidado com a alimentação.
- Maior número de consultas médicas por ano.
- Menor percentagem de exames por ano, apesar de a frequência ser igual (duas vezes por ano nos dois grupos).

¹⁴⁷ Artigo de Henrique Raposo; acessível em <http://observador.pt/especiais/no-alentejo-suicidio-natural/>
Artigo da Lusa – Alentejo: Taxa de suicídio “é elevadíssima”, diz especialista (presidente da Associação Psiquiátrica Alentejana); 2014; acessível em <http://antenamirobriga.pt/alentejo-taxa-de-suicidio-e-elevadissima-diz-especialista/>
Artigo de Manuel Villaverde Cabral; Suicídio no Alentejo relacionado com a solidão em idosos com fé; 2011; acessível em <http://www.jn.pt/sociedade/interior/suicidio-no-alentejo-relacionado-com-a-solidao-em-idosos-com-menos-fe-1852266.html>
Tese de mestrado de Sónia Cândido; Cultura suicida no Alentejo. Factores promotores de ideação suicida e desesperança; 2010; acessível em <http://hdl.handle.net/10400.1/2934>

- Média superior no total de comprimidos e no total de medicamentos tomados por dia.
- Média superior no total de medicamentos receitados.
- Na utilização de medicamentos de venda livre em ambos os grupos os resultados são similares, sendo a sua utilização ligeiramente inferior no GA.
- Nos tratamentos caseiros (mezinhas) os resultados são idênticos.

No perfil, auto percepção e autocuidado com a saúde, também já referido, é de salientar o que foi mencionado no capítulo 2.4, quanto às determinantes de adesão/não adesão à terapêutica, sendo de realçar que quanto maior o número de patologias, de medicamentos e de anos de patologia menor a adesão, que foi o verificado neste estudo, relativamente ao número de patologias e de medicamentos. Apesar de não se ter feito o cruzamento dos anos de patologia com o abandono, verificou-se que grande parte dos inquiridos referiam vários anos de patologia, sendo o mínimo de um ano, o que só por si supera o tempo descrito para maior percentagem de adesão (a partir de seis meses), além de que a maior percentagem de inquiridos (54%) tinha 75 ou mais anos, o que pressupõe mais patologias, há mais tempo e com mais medicação.

Nas conceções de saúde em geral o GA:

- Apresenta-se com conceções mais negativas relativamente ao seu estado de saúde, tanto atual como futuro.
- Relativamente a “crenças”, “destino” e “sorte” as diferenças são pouco significativas, entre os dois grupos. Esta conceção insere-se no que Collin (2003) refere como “locus de controle externo” (gestão da saúde por meios externos ao indivíduo) no qual os indivíduos acreditam que a origem das doenças é algo externo a eles (genética, destino, velhice)¹⁴⁸.

Relação com os farmacêuticos

- Não se encontraram diferenças entre os dois grupos, sendo esta relação maioritariamente limitada ao avio da medicação.

¹⁴⁸ Ver capítulo 2.

Após a descrição e análise dos dados obtidos através desta investigação, ir-se-á encerrar esta tese apresentando a conclusão do que foi mencionado, sendo também feita uma síntese dos motivos encontrados para a prática de abandono e dos possíveis procedimentos a efetuar face a este comportamento por forma a minimizar algumas delas.

Serão também focados os aspetos avaliados e analisados neste estudo e que se mostraram como dados novos nesta área da sociologia, uma vez que não foram encontrados estudos relativos a algumas das variáveis pesquisadas.

CONCLUSÃO

No decorrer deste trabalho foi-se tornando visível que a problemática inerente ao abandono da medicação se insere claramente na área da sociologia. No âmbito da sociologia, neste caso da sociologia da saúde, o estudo sobre o abandono da medicação apresentou-se de grande relevância, na qual as diversas dinâmicas sociais inerentes aos vários contextos analisados nos deram uma visão das lógicas e racionalidades inerentes à prática do abandono da medicação pela população idosa.

Os estudos publicados sobre abandono e/ou não adesão à terapêutica são muitos, no entanto os resultados não são coincidentes, em parte devido à versatilidade na sua definição e à diversidade de métodos de avaliação. Estes estudos, na sua maioria, foram orientados para patologias restritas (diabetes, hipertensão, sida, etc.) e/ou para populações específicas (doentes institucionalizados, residentes em determinada região, sem condicionantes nas faixas etárias). A ausência de estudos em Portugal, e mesmo noutros países, com a especificidade do que aqui se apresenta, abrangendo uma faixa etária específica (indivíduos com 65 e mais anos). uma região determinada (Évora e aldeias circundantes), fazendo a comparação entre cidade e aldeias e incluindo todo o tipo de patologias e medicação, tornou a pesquisa bibliográfica mais difícil, assim como a possibilidade de comparação dos resultados aqui obtidos com outros estudos já efetuados muito restrita. No entanto esta dificuldade tornou-se num incentivo para descobrir as lógicas e racionalidades leigas que sustentam esta prática, tendo por base o objetivo que nos propusemos alcançar, de “Explorar os fatores 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”, o que se revelou num objeto com grande complexidade e densidade, uma vez que os resultados obtidos nos revelaram alguns aspetos não apresentados em qualquer outro estudo pesquisado. Desta forma foi facultado o acesso a níveis de compreensibilidade sobre os fatores de abandono da medicação e das correlações que estas práticas encerram, as quais, ao não terem sido encontradas possíveis explicações para os motivos da sua ocorrência, nos permitiu aceder a outros níveis de compreensibilidade

sociológica sobre o abandono da medicação, quais as suas causas e a interligação e influxo existente entre as diferentes variáveis, como o género, o local de residência, o nível de escolaridade, a idade e os conceitos/concepções existentes nesta população, e de que forma estas interferiam no abandono da medicação.

Desta forma com base nos conhecimentos adquiridos, quer através da formação sociológica prévia, quer através da revisão bibliográfica efetuada, quer através da experiência profissional adquirida no exercício da profissão e no contacto com esta população e profissionais de saúde, foi possível efetuar uma investigação que abrangesse uma amostra significativa de idosos (USF=202; farmácias=336; total=538), que possibilitou a obtenção de inúmeros resultados, alguns dos quais coincidentes com estudos anteriores, outros diferentes e ainda alguns que não foram encontrados em nenhum dos vários estudos pesquisados.

A não adesão à terapêutica é um problema social e multifatorial, difícil de contabilizar de forma precisa e que depende de vários fatores designadamente demográficos, socioeconómicos, relacionados com a doença e regime terapêutico, fatores dependentes dos doentes e da sua relação com os profissionais de saúde.

Os fatores relacionados com os doentes correlacionam-se com inúmeras determinantes e na forma como cada um consegue fazer a interligação entre eles. Nos idosos todos os fatores predisponentes à não adesão à terapêutica se intensificam, nomeadamente o “esquecimento” o qual pode ser consequência da elevada percentagem de inquiridos em faixas etárias mais elevadas, situando-se a média de idades entre os 75 e 77 anos, com as consequentes alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento. Outro dos fatores de abandono com maior incidência foi o de “restringir/evitar a toma da medicação” que nos idosos pode ser mais acentuado devido quer ao número de patologias existentes, quer ao número de medicamentos e comprimidos tomados diariamente e também à durabilidade das patologias existentes, as quais nestas idades têm, na maioria dos casos, uma longevidade superior a um ano. Nos estudos encontrados, e já referidos, há uma maior prevalência de abandono de medicação em tratamentos com duração superior a seis meses, valor que neste estudo foi amplamente

superado.

O abandono aumenta com a durabilidade da patologia, com o maior número de patologias associadas e maior número de medicamentos tomados e há mais tempo.

A farmacologização, resultante do aumento do uso dos medicamentos, é um dos aspetos que sobressaem neste estudo, como referido no capítulo 7, sendo a média de medicamentos e comprimidos tomados diariamente bastante superior ao considerado como polimedicação grave (mais de cinco medicamentos) ou major (mais de quatro medicamentos)¹⁴⁹, apresentando valores médios de 7,4 comprimidos tomados por dia e de 6,69 medicamentos tomados por dia.

Como exposto uma das particularidades encontradas nesta população foi a polimedicação, com todos os efeitos nefastos que daí podem advir, pelo que uma diminuição do número de medicamentos e comprimidos (uma simplificação do regime terapêutico), a explicação por parte dos profissionais de saúde e a compreensão das indicações e dos efeitos secundários por parte dos doentes (tendo os doentes como participantes ativos no processo terapêutico), o evitar da alteração dos esquemas terapêuticos, assim com a informação contínua da situação clínica podem ser intervenções importantes para uma diminuição da taxa de abandono.

O segundo fator apresentado para o abandono com maior predominância foi a “falta de conhecimento/informação”, o qual demonstra um desconhecimento quer das patologias existentes, quer da finalidade e forma de tomar os medicamentos receitados. Este desconhecimento pode ser devido à pouca informação prestada pelos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, à dificuldade de compreensão por parte dos idosos das eventuais explicações dadas acerca do modo de tomar e da indicação terapêutica de cada medicamento, acentuada pelo não pedido de esclarecimentos aos farmacêuticos e eventualmente também aos médicos.

Outro aspeto apurado neste estudo, e relacionado com os conhecimentos patologia/medicação foi a observância dos níveis de concordância existentes, os quais apesar de se situarem em patamares bastante positivos apresentaram valores inferiores nos idosos que apresentavam abandono, o que significa ou que

¹⁴⁹ Conforme exposto no capítulo 2.5

não têm conhecimento da(s) patologia (s) ou da terapêutica prescrita.

Tudo isto agravado pelas conceções sociais existentes nesta população relativamente à classe médica e à sua supremacia, não deixando dessa forma lugar a possíveis pedidos de esclarecimento ou mesmo de contestação das orientações médicas.

As relações com os profissionais de saúde são de extrema importância, no que respeita à adesão/abandono da medicação. Como se observou neste estudo a relação com os profissionais de saúde, não se demonstrou como a ideal, uma vez que se apurou que a “falta de conhecimento/informação” sobre a medicação prescrita, aqui demonstrados por alguns dos motivos apresentados para o abandono (*“não sabe se é nervoso”*; *“não sabe o que é”*; *“não sabia que era para tomar”*; *“não sabe valores do colesterol”*), assim como pela falta de informação pedida e facultada pelos farmacêuticos, a qual pode ser devida a saberes já adquiridos, ou por uma certa “vergonha” de demonstrar um desconhecimento sobre a medicação receitada, são motivos apurados para o abandono. Em relação a outros profissionais de saúde não foram efetuadas perguntas para preencher este lapso de informação, pelo que por um lado se pode pensar que os utentes estão bem informados por outros profissionais, nomeadamente os médicos e por isso não necessitam de informação do farmacêutico, todavia algumas das razões apresentadas nas respostas aos questionários para o abandono estão relacionadas ou com falta de informação médica, ou incompreensão das orientações médicas. Desta forma a promoção da literacia em saúde é um dos aspetos indispensáveis para a obtenção de resultados positivos na resiliência dos indivíduos (neste caso nos idosos) e das comunidades, na redução das iniquidades em saúde e consequentemente na melhoria da saúde e do bem-estar (Interministerial, 2017; p. 28).

Uma das análises efetuadas (relações com os farmacêuticos e diferenças entre rural e urbano) também não foi encontrada em nenhum dos estudos pesquisados, o que nos permitiu uma visão, ainda não obtida, sobre as diferenças existentes nos comportamentos da população rural e na urbana em que apesar das diferenças existentes não serem significativas, se verificou que a população rural pede, na maioria dos itens avaliados, mais informações sobre a finalidade,

contra indicações e modo de tomar os medicamentos, assim como no pedido de medicamentos mais baratos, que a população residente na cidade

Em consequência destas condicionantes, os idosos definem os seus comportamentos perante a medicação diária, estando esses comportamentos interligados com a experiência da doença e com a relação com os médicos e serviços de saúde. A interação entre médico-doente deve ser uma relação de confiança, visto que a prescrição de medicação se assume como objeto de alívio da doença, pelo que a experiência e idoneidade do médico podem contribuir para a criação de uma relação de confiança.

Tudo o que diz respeito aos medicamentos pode ser visto como um procedimento exclusivamente técnico, excluindo dessa forma os doentes. Este desconhecimento por parte dos doentes pode originar divergências entre médicos e doentes, sendo por isso necessária uma informação objetiva e compreensível por parte dos médicos aos seus doentes.

No caso da não adesão/abandono, existe uma acentuada tendência dos profissionais de saúde para atribuir a culpa inteiramente ao doente, no entanto os indivíduos têm de ser vistos como sujeitos ativos no processo terapêutico, tem de haver um entendimento entre médico e doente relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos, sendo por isso imprescindível uma boa relação com os profissionais de saúde, designadamente a capacidade de ouvir, de saber estar com o doente dando-lhe toda a atenção e demonstrando disponibilidade e capacidade de orientar as pessoas para que estas tenham comportamentos de adesão, uma vez que uma pessoa informada e motivada terá mais hipóteses de aderir às indicações/prescrições dos profissionais de saúde.

Também as dificuldades económicas, referidas pelos inquiridos, se agravam nestas faixas etárias devido aos baixos rendimentos auferidos e em muitos casos à ajuda económica que os idosos concedem aos mais novos (filhos e netos), dificultando dessa forma, ainda mais, a sua disponibilidade económica, neste caso para a aquisição da numerosa medicação prescrita.

As limitações físicas e psicológicas inerentes ao passar dos anos podem dar origem a uma certa dependência de terceiros (familiares, amigos, vizinhos, instituições) que em muitos casos é inexistente, levando a um isolamento dos idosos com todas as consequências inerentes a uma vida vivida em solidão,

nomeadamente, e no âmbito do abandono da medicação, à falta de ajuda e orientação na preparação e toma da medicação, assim como na informação da necessidade da toma da mesma para patologias, que em muitos dos casos são assintomáticas, não compreendendo por isso a necessidade da sua toma continua ao longo dos anos.

Nos fatores relacionados com a doença são de relevância a sua cronicidade, a ausência ou existência de pouca sintomatologia, o número de patologias existentes, a quantidade de terapêutica prescrita, assim como a possibilidade do desencadear de eventuais efeitos secundários, devido, em muitos casos, à existência de polimedicação, com todas as consequências nefastas que a mesma pode originar.

A realização deste estudo revelou alguns aspetos não encontrados, e eventualmente ainda não pesquisados, em estudos anteriores, como a relação existente entre o número/média de comprimidos prescritos e o número de medicamentos prescritos e tomados. Também o cruzamento entre os medicamentos mais abandonados *versus* as indicações terapêuticas/grupo farmacológico, foram indicadores novos que nos deram informações sobre a relação entre as patologias existentes relacionando-as com a medicação receitada, a medicação não aviada e medicação abandonada, a qual mostrou a existência de uma relação direta entre estes indicadores, patologias/medicação. Estes indicadores apresentam-se como bastante importantes uma vez que nos deram a perspetiva da ligação existente entre as patologias mais prevalentes e os medicamentos (prescritos, tomados e abandonados). Estas patologias (hipertensão, patologias articulares e vasculares, ansiedade e stress) são também as que apresentam maior número de medicamentos prescritos e que requerem tratamentos mais prolongados, o que conjugado com alguns dos motivos apresentados para o abandono (dificuldades económicas, efeitos secundários – eventualmente provenientes da polimedicação existente – restrição na toma de medicamentos e falta de conhecimento quer sobre a patologia, quer sobre a indicação terapêutica dos medicamentos) pode ser a causa de um maior abandono destes medicamentos específicos. Todo este contexto nos leva a inferir que uma maior atenção e contenção na prescrição de medicamentos poderia ser uma mais valia para uma maior adesão à medicação com a consequente

diminuição no abandono.

Ainda na área da medicação e no caso da utilização de medicamentos de venda livre, a análise dos dados encontrados mostrou-nos que a sua utilização é maior a partir dos 75 anos. Também é maior nas mulheres que apesar de apresentarem maior percentagem de abandono, são as maiores utilizadoras destes medicamentos. Estes dados levantam várias questões, como: porque é que sendo as mulheres as a apresentarem mais abandono; sendo portadoras de mais patologias; com perceções mais negativas do seu estado de saúde e com maior número de medicamentos tomados, são as que recorrem mais a estes medicamentos? Também no que se refere aos mais idosos se colocam as mesmas questões visto apresentarem as mesmas características das mulheres, sendo que uma possível explicação para estes comportamentos possa estar associada a uma maior experiência adquirida pelos anos de patologia e por uma maior utilização dos serviços de saúde, com a eventual aquisição de conhecimentos leigos baseados na pericialidade médica. Todas estas “descobertas” se revelam como tema aliciante para investigações futuras.

Outra das condicionantes nesta problemática do abandono são as crenças/conceitos sobre saúde/doença e os aspetos psicossociais que lhe estão interligados. O conhecimento que cada um tem sobre a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, associado à perceção que se tem da doença como ameaça e da expectativa do resultado e eficácia do tratamento, poderá condicionar o seu comportamento.

Cada indivíduo faz uma autoavaliação não científica e subjetiva do seu estado de saúde, tendo dessa forma uma perceção do seu estado de saúde que é condicionada por características próprias de cada indivíduo e pela experiência vivenciada quer pelo próprio, quer por outros vinculados ao seu meio social, o que poderá interferir também na adesão/abandono da terapêutica.

Também os saberes leigos adquiridos ao longo da(s) sua(s) experiência(s) e contato com os profissionais de saúde, assim como os transmitidos através dos seus pares são fatores que se demonstraram como de grande importância para esta prática.

Neste estudo apurou-se que, relativamente às conceções que os inquiridos apresentavam sobre a sua saúde e pressupostos para a sua conservação e o evitar

as doenças, estavam ancorados em percepções e saberes leigos os quais foram sendo construídos através das trajetórias de saúde/doença/medicação, que cada um experienciou direta ou indiretamente (através dos seus pares) os quais ocasionaram novos saberes no âmbito da saúde, como os apresentados no âmbito dos “saberes e racionalidades leigas”, como um dos motivos expostos para o abandono em que foram referidos vários conceitos como “mulher disse que fazia mal”; “não fazia falta, nora disse para não tomar”; “não tem de tomar tudo o que o médico receita”; “acha muito fortes”.

Desta forma originaram-se novas trajetórias e novas formas de saberes e de autonomia no(s) processo(s) de adesão ou não à medicação, em muitos casos relacionadas com a percepção sobre o seu estado de saúde, nomeadamente ao referirem como causa de abandono a “ocorrência de efeitos secundários”, o “restringir/evitar a toma de medicamentos” com afirmações como “acha muitos medicamentos”; “só em SOS”; “para não criar hábito”, fazendo desta forma uma gestão do regime terapêutico consoante as suas próprias percepções de saúde. Outras variáveis analisadas neste estudo, e que não foram encontradas noutros estudos semelhantes, foram as comparações entre o grupo que apresentou abandono e o grupo sem abandono relativamente às características socioeconómicas (idade, género, local de residência, nível de escolaridade e isenção de taxas moderadoras), às percepções sobre o estado de saúde, ao cuidado com a saúde, cuidados com a alimentação e à frequência de consultas médicas e execução de exames médicos, tendo-se verificado que o grupo com abandono de medicação apresentava percentagens superiores nos mais idosos, nas mulheres, na cidade, nos com o 1º ciclo completo, tinha maior percentagem de beneficiários na isenções nas taxas e menor percentagem nas participações/ajudas extras na compra de medicamentos, percecionava maioritariamente o seu estado de saúde como mau/fraco, tinha mais cuidado com a saúde e maior frequência nas consultas médicas. Quanto à medicação apresentou também uma média superior quer nos comprimidos e medicamentos tomados por dia, quer no número de medicamentos receitados. Estes indicadores dão-nos a percepção que o grupo com abandono de medicação apresenta mais patologias e conseqüentemente mais medicação, perceciona mais negativamente a sua saúde, motivo pelo qual tem mais cuidado com a saúde, quer a nível dos cuidados com a mesma (dieta, consultas médicas) no entanto não toma toda a

medicação prescrita, o que por um lado parece um contrassenso, mas por outro pode ser justificado pelos motivos apresentados para o abandono (dificuldades financeiras, muita medicação prescrita), ou pela presunção de uma maior valorização da dependência da sua saúde tendo por base os seus comportamentos e não a dependência e/ou benefícios da medicação.

Este pode ser um dos motivos pelo que a percentagem de abandono encontrada se situe num nível que pode ser considerado baixo, relativamente a outros estudos efetuados.

Também a existência de “preconceitos” sobre os medicamentos e a sua eficácia, como os apresentados na “incerteza sobre a eficácia dos medicamentos” (“*acha que não faz nada*”; *prefere tomar outro, dá-se melhor*”), induzem comportamentos que levam ao abandono da medicação.

Outra das variáveis que se apresenta com grande influência no abandono é o local de residência, sendo de notar que nas aldeias as concepções/conceitos existentes sobre saúde e doença são mais pessimistas, denotando uma maior crença na sorte e na inevitabilidade do “destino”, estes resultados refletem o que foi anteriormente dito sobre as particularidades destas regiões, onde a população é maioritariamente mais idosa, os estilos de vida e as concepções e hábitos adquiridos são diferentes, nomeadamente no que se refere a toda uma vivência passada com mais dificuldades, quer económicas quer de estilos de vida e contextos laborais, assim como numa maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Também esta análise incorporou variáveis e cruzamentos que não foram encontrados em toda a literatura pesquisada, nomeadamente em relação à existência de dependentes, a qual é maior nas aldeias que na cidade (69,2% e 30,8%) na amostra total do estudo (n=202), no entanto ao analisarmos os grupos separadamente (grupo sem abandono n=143 e o grupo com abandono n=59), o grupo com abandono na cidade (onde a percentagem de abandono é maior) exhibe menor número de dependentes, o que pode significar que além das dificuldades económicas existentes devidas aos baixos rendimentos, a necessidade de dividir esses rendimentos pelos dependentes leva a uma ainda maior dificuldade na disponibilidade financeira para a compra da medicação, acentuada na cidade pela não produção de produtos para consumo próprio, existente na maioria dos

residentes nas aldeias o que minimiza em parte as dificuldades económicas existentes, esta pode ser uma das causas para que apesar de apresentarem uma menor percentagem de dependentes, o seu sustento se torne mais oneroso que nas aldeias.

Nas aldeias (onde há menos abandono) e no que se refere ao estilo de vida poder-se-á considerar “mais saudável”, com a continuação da atividade laboral (trabalho rural) mesmo que em escala menor, com menos stress do que o vivido na grande cidade, com uma alimentação à base de produtos mais naturais, na maioria dos casos produzido pelos próprios e com uma maior vivência de interajuda entre os seus habitantes, tendo, desta forma, o território onde residem uma melhor influência sobre a saúde dessas populações, apesar das suas perceções serem mais negativistas. No entanto é interessante observar que as perceções mais negativas foram verbalizadas pelas faixas etárias mais novas, tendo os mais idosos perceções mais positivas quanto ao seu estado de saúde atual, continuando otimistas quanto ao futuro apesar de conscientes das suas limitações e não desanimando apesar das suas dificuldades e condicionantes inerentes à sua idade.

O acesso aos cuidados de saúde é outro dos fatores importantes para a eficácia quer do início quer da continuação das terapêuticas. O que se verifica nesta região (Évora) é a boa cobertura médica a nível do SNS, com praticamente todos os residentes a terem médico de família, o que facilita o acesso às consultas, quer programadas quer de urgência, assim como um melhor conhecimento entre médico/doente e o sentimento por parte dos doentes de que se necessitarem de um médico o têm. Este indicador é um dos mais importantes se tivermos como termo de comparação o que se passa quer a nível regional quer a nível nacional.

Considerando os objetivos a que nos propusemos: “1) *identificar e caracterizar razões/motivações/determinantes para o abandono de medicação entre a população idosa; 2) determinar a diversidade subjacente aos padrões de abandono, tipo de medicamento, contexto, motivações; 3) identificar e compreender os principais fatores de variabilidade do abandono, em função do género, local de residência, grau de escolaridade e idade*”, verificámos que a maior parte do abandono se deve a fatores relacionados com a incerteza sobre a eficácia e indicações da medicação o que pode ocasionar limitação na toma da

mesma, quer por possíveis efeitos secundários, quer por desconhecimento da sua situação clínica e/ou da finalidade dos medicamentos. Estes comportamentos baseiam-se, frequentemente, em auto percepções, conceitos e conceções sobre saúde/doença ancoradas em saberes adquiridos ao longo da vida. A falta de conhecimento/informação sobre a medicação e/ou patologias existentes, assim como o esquecimento são também motivos apontados para o abandono. Outro fator com grande determinância é o das condições económicas.

Relativamente às variáveis sociais consideradas (idade, género, local de residência e grau de escolaridade) verificou-se que estas variáveis também influenciam o abandono, sendo maior nos mais idosos, nas mulheres, na cidade e nos com o 1º ciclo completo.

Perante os resultados apresentados e tendo por base estes indicadores pode-se concluir que a hipótese central deste trabalho se demonstra “Há fatores sociodemográficos que interferem no abandono da medicação, nomeadamente o género, idade, escolaridade e contexto de residência - rural e urbano. Por outro lado, ao nível mais estrutural as conceções de saúde e os níveis de informação também se constituem como variáveis do abandono”.

Perante o que foi referido é importante implementar uma nova abordagem na área da medicação prescrita, com base nos novos horizontes sociais e sociológicos, encontrados neste estudo em que ficou demonstrado que quer a parte social como a sociológica interferem na adesão ou no abandono da medicação, razão pela qual uma reestruturação nas formas de agir, sobretudo dos profissionais de saúde, assim como análises mais detalhadas das condições económicas destas populações podem apresentar-se como uma mais valia para a diminuição do abandono da medicação.

Tendo por base o conhecimento que este estudo proporcionou, esta abordagem situa-se maioritariamente no plano da intervenção social, sendo por isso necessárias novas articulações entre doente/profissional de saúde, neste caso com mais expressão na classe médica, para que as relações existentes entre este binómio, médico/doente, se tornem numa mais valia para a adesão à terapêutica, proporcionando, desta forma, uma melhoria nas condições de saúde do doente e conseqüentemente, numa melhoria da prestação dos cuidados médicos e dos serviços de saúde, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos idosos

e a prevenção do agravamento de patologias crónicas, as quais se vão tornando mais debilitantes com o passar do tempo, sendo que sem o tratamento adequado essa evolução além de ser mais rápida se pode tornar também mais incapacitante e mortífera.

Além disso, e segundo as previsões do INE (2014)¹⁵⁰, as perspetivas futuras são de um aumento cada vez mais acentuado da esperança média de vida, com o conseqüente aumento do número de idosos e em faixas etárias mais elevadas, o que corresponde a um incremento de doentes/patologias/medicação, pelo que a criação de políticas de saúde e de atitudes por parte dos profissionais de saúde que beneficiem uma melhor qualidade de vida dos mais idosos, são imprescindíveis num futuro já muito próximo.

¹⁵⁰ conf. anexo 134 - gráfico 97 (p. 161 – Anexos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES, A. C. (2015). Plano de desempenho 2015 do ACES Alentejo Central
- Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2010). Saúde e doença: Significações e perspectivas em mudança. 1-10. Acesso em 09 de junho de 2013, de http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm
- Andrade, J. P., Vilas-Boas, F., Chagas, H., & Andrade, M. (2002). Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arq Bras Cardiol*, vol. 79, nº 4, 375-379
- Bandeira, M. L. (1996). Teorias da população e modernidade: o caso português. *Análise Social*, vol. XXXI (135), 7-43
- Beyene, Y., Becker, G., & Mayen, N. (2002). Perception of aging and sense of well-being among latino alderly. *Jornal of Cross-Cultural Gerontology*, nº 17, 155-172
- Branco, M. J., & Nunes, B. (2009). Uma observação sobre o consumo de genéricos. Acesso em 10 de março de 2015, de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/287/1/Relat%C3%B3rio_consumo_gen%C3%A9ricos.pdf
- Britten, N. (2008). *Medicines and society. Patients, professionals and the dominance of pharmaceuticals*. New York: Palgrave Macmillan
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida* Fundação Francisco Manuel dos Santos (Ed.) Acesso em 14 de março de 2015, de <http://www.i envelhecimento.ul.pt/actividades-do-ie/publicacoesdocumentos/relatorios/170-processos-envelhecimento>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. S. (2009). *O estado da saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Centro Cultural de Belém, Lisboa. Acesso em 14 de março de 2013, de <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Paginas/adterapPtaspX>

- Carapinheiro, G. (1986). A saúde no contexto da sociologia. *Revista Sociologia - problemas e práticas*, nº 1, 9-22
- Carapinheiro, G. (2011a). Investigação e regulação ética: controvérsias e paridades periciais, nº 3, 163-165. Acesso em 20 de novembro de 2012, de Sociologia on line
<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14302/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20e%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20%C3%89tica%20controv%C3%A9rsias%20e%20paridades%20periciais.pdf>.
- Carapinheiro, G. (2011b). Saúde e doença: um programa crítico de sociologia da saúde, 57-71. Acesso em 29 de agosto de 2015, de Sociologia on line,
http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4e66315b53ec7.pdf
- Carmo, R. M. (2006). Cidades médias. Do crescimento demográfico à consolidação territorial. *Cidades - Comunidades e Territórios*, nº. 12/13, 69-82
- Carmo, R. M. (2007a). De aldeia a subúrbio. Trinta anos de uma comunidade alentejana (1ª ed.). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- Carmo, R. M. (2007b). Género e espaço rural. O caso de uma aldeia alentejana. *Sociologia - problemas e práticas* nº 57, 75-100
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Relatório final. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas; Universidade Católica Portuguesa. Acesso em 20 de outubro de 2016, de
http://www.gren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_pulacao.pdf
- Casanova, J. L. (1995). Uma avaliação conceptual do habitus. *Sociologia - problemas e práticas*, nº 18, 45-68
- Collin, J. (2003). Médicament et vieillesse: trois cas de figures. *Antropologie et Sociétés*, vol. 27, nº 2, 119-138
- Costa, A. F. (1985). Espaços urbanos e espaços rurais: um xadrez em dois tabuleiros. *Análise Social*, vol. XXI (87-88-89), 735-756

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão de literatura. *Millenium*, 40: 201-219. Acesso em 01 de novembro de 2015, de <http://hdl.handle.net/10400.19/2011>
- Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc. Sci. Med.*, vol. 34, nº. 5, 507-513
- Duque, R. (2011). O que é a polimedicação? Acesso em 05 de abril de 2016, de <http://www.farmaciarodriguesrocha.com/index.php?id=read&n=17>
- Enfermeiros, O. (2009). Código deontológico. Acesso em 24 de março de 2015, de <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia - problemas e práticas*, nº 36, 39-52
- Ferreira, M. F. (2013). A ética da investigação em ciências sociais, nº 11, 169-191. Acesso em 01 de novembro de 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522013000200007>
- Fonseca, A. (2007). Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações. Comunicação apresentada no I Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida, Instituto Superior Bissaya Barreto, Coimbra. Acesso em 01 de dezembro de 2007, de <http://www.socialgest.pt/dlds/APEnvelhecimentoequalidadedevida.pdf>
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 9, nº 1, 11-23. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.02.0041543-5946/S
- Gil, A. P., & Santos, A. J. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, nº temático: Envelhecimento demográfico, 151-175. Acesso em 20 de outubro de 2016, de <http://www.ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10585.pdf>
- Guerra, M. (1961). *Medicina e sociedade. O tempo e o modo*. Livraria Morais Editora. Lisboa

- Henriques, F. C. (2010). Cenários de envelhecimento e saúde em Portugal no século XXI - causas e consequências de uma transição demográfica tardia. *População e Sociedade*, vol.18, 121-143. Acesso em 14 de setembro de 2016, de <http://www.cepese.pt/portal/pt/investigação/.../revista-população-e-sociedade-n.0-18?set>
- Henriques, M. A. P. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. (Doutoramento), Universidade de Lisboa. Acesso em 20 de janeiro de 2015, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdrianaHenriques.pdf
- Hespanha, C. K. (2009). Avaliação da adesão ao tratamento com medicamentos e a qualidade de vida entre idosos em Porto Alegre e Gagé. (Pós-graduação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia. Acesso em 20 de agosto de 2015, de <http://hdl.handle.net/10183/61780>
- Hespanha, M. J. F. (1987). O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, 195-210. Acesso em 20 de agosto de 2015 de [http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/23/_MariaJoseFerreirosHespanha - O Corpo, a Doença e o Medico.pdf](http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/23/_MariaJoseFerreirosHespanha-OCorpo,aDoencaeeoMedico.pdf)
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo
- INE. (2010). *Indicadores sociais 2010*. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 14 de abril de 2015, de <https://www.ine.pt/>.
- INE. (2012). *Censos 2011*. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 14 de abril de 2015, de <https://www.ine.pt/>.
- INE. (2013). *Estatísticas Demográficas*. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 14 de abril de 2015, de <http://www.peprobe.com/pt-pt/document/estatisticas-demograficas-2013-ine>.
- INE. (2014). *Recenseamento da População e Habitação*. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 14 de abril de 2015, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006349&contexto=bd&selTab=tab2.

- INE. (2016a). Inquérito Nacional Saúde. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 21 de novembro de 2016, de <http://www.ine.pt/>.
- INE. (2016b). Taxa de desemprego (%); 4.º Trimestre de 2015. Instituto Nacional de Estatística. Acesso em 21 de novembro de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Interministerial, G. T. (2017). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Acesso em 21 de agosto de 2017, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Jones, C., & Rose, D. (2005). Physical activity instruction of older adults. In D. J. R. C. Jessie Jones (Ed.). United States of America: Human Kinetics Publishers. Inc
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, vol. 10, nº 2, 113-120
- Latif, S., & McNicoll, L. (2009). Medication and non-adherence in the older adult. *Medicine & Health*, vol. 92, nº 12, 418-419
- Levy, B., Slade, M., & Kunkel, S. (2002). Preventive health behaviors influence by self preceptions of aging. *Preventive Medicine*, nº 39, 625-629
- Lima, M. P. ("n.d"). O inquérito sociológico: problemas de metodologia. Acesso em 14 de janeiro de 2015, de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224260943V6zYE4uv8Ef71FH8.pdf>
- Lopes, N., Zózimo, J., Ramalho, J., Pegado, E., & Pereira, P. (2016). Geração sénior de Almada no século XXI. Um retrato social, *Deriva/Monde Diplomatique*
- Lopes, N. G. M. (2003). Automedicação práticas e racionalidades sociais. (Doutoramento), ISCTE
- Lopes, N. M. (2007). Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 78, 118-138. Acesso em 29 de agosto de 2015, de <http://rccs.revues.org/760>
- Lopes, N. M., & Rodrigues, C. F. (2015). Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. *Sociologia - problemas e práticas*, nº. 78, 9-28
- Lopes, N. M. O. (2010). Medicamentos e pluralismo terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança: Edições Afrontamento

- Lumme-Sandt, K., & Virtanen, P. (2002). Older people in the field of medication. *Sociology of Health & Illness*, vol. 24, nº 3, 285-304.
- Melo, L. C. F. (2015). Relação entre literacia em saúde, adesão à terapêutica e crenças sobre a medicação de uma população utilizadora de medicamentos no Brasil. (Mestrado), Universidade de Coimbra. Acesso em 11 de outubro de 2016, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28958/1/Lilia.pdf>
- Mendonça, R. T., Carvalho, A., Vieira, E., & Adorno, R. (2008). Medicalization of elderly females and interaction with consumption of tranquilizers. *Saúde Soc. São Paulo*, vol. 17, nº 2, 95-106
- Minho, C. E. U. (2012). Código de Conduta e Ética da Universidade do Minho. Acesso em 24 de março de 2015, de http://www.sas.uminho.pt/uploads/codigo_conduta_etica_UM.pdf
- Montagner, M. Â. (2006). Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11 (2), 515-526
- Montagner, M. Â. (2008). Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. *Cad. de Saúde Pública*, vol. 24(7), 1588-1598
- Nogueira, C. M. M. (2002). Entre o subjetivismo e o objetivismo: Considerações sobre o conceito de Habitus em Pierre Bourdieu. *Teoria & Sociedade*, nº 10, 144-169
- OMS. (2002). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization. Acesso em 01 de julho de 2016, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
- Ory, M., Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American journal of preventive medicine*, nº 25(3), 164-171. Acesso em 24 de abril de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14552941>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The new england journal of medicine*, nº 353;5, 487-497
- Pedron, C. D. (2008). O método de investigação. Estudo de caso. (Mestrado), Universidade Técnica de Lisboa. Acesso em 21 de março de 2015, de <http://www.iseg.ulisboa.pt/> <http://www.iseg.ulisboa.pt/>

- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013). Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 29, nº 2, 229-236
- PNUD. (2014). Relatório do desenvolvimento humano 2014; sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. Acesso em 27 de janeiro de 2016, de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf.
- Pordata. (2015). Indicadores de envelhecimento. Acesso em 21 de janeiro de 2016, de www.pordata.pt/
- Pordata. (2016). Indicadores de envelhecimento. Acesso em 21 de janeiro de 2016, de www.pordata.pt/
- Queirós, F., Sousa, L. G., Nunes, J. A., Serra, R., & Barradas, C. (2014). A relevância das narrativas de experiência da doença: desafios conceituais e metodológicos, nº 7, 81-97. Acesso em 12 de abril de 2015, de http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART5304e94d6f96a.pdf
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva
- Rosa, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico, vol. XXVIII (122), 679-689. Acesso em 20 de outubro de 2016, de <http://www.analisesocial.ics.ul.pt/>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*: Fundação Francisco Manuel Santos
- Sampaio, E. A. ("n.d"). *Técnicas não documentais*. Acesso em 20 de agosto de 2015, de http://www.esas.pt/dfa/sociologia/tecnicas_n_documentais.htm
- Santos, V. C. F. (2014). *Determinantes da resposta de adesão ao medicamento em idosos: uma abordagem experimental*. (Mestrado), Universidade de Évora. Acesso em 20 de agosto de 2015, de <http://hdl.handle.net/10174/12992>
- Saúde, D. G. (2015). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Acesso em 24 de março de 2015, de <https://www.dgs.pt/>.
- Saúde, E. R. (2014). *Consentimento Informado*. Acesso em 24 de março de 2015, de <https://www.ers.pt/pages/419>
- Secoli, S. R. (2001). Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, vol. 35, nº 1, 28-34

- Silva, L. F. (2008). Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano, Porto Afrontamento
- Silva, L. F. (2011). As agendas temáticas da sociologia da saúde em Portugal. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, nº 3, 133-144
- Silva, L. F., Alves, F., Vaz, E., Vieira, C., Berg, A., Silva, T., Guerra, M. J. (2004). Vivências de saúde e bem-estar. Acesso em 09 de junho de 2013, de http://www.asp.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f845900c5_1.pdf
- Silva, M. J. R. S. (2008). O ser humano e a adesão ao regime terapêutico-um olhar sistémico sobre o fenómeno. (Mestrado), Universidade Católica, Lisboa. Acesso em 01 de novembro de 2015, de http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese_Mario_Silva.pdf
- Silva, A. S., & Pinto, J. M. (2009). Metodologia das ciências sociais (15ª ed.): Edições Afrontamento
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem*, III Série. nº 4. 151-160. Acesso em 01 de novembro de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200016&lng=pt&tlng=pt .
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista portuguesa de clínica geral*, vol. 27, 176-182
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento* (3ª ed.): Artmed.
- Tavares, D. (2016). *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Edições Almedina
- Vaz, M. E., Silva, L. F., Alves, F., Vieira, C., Silva, T., Sousa, F., Hoven, R. V. D. (2004). Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares. Comunicação apresentada no V Congresso Português de Sociologia, Universidade do Minho; Braga
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. Acesso em 05 de novembro de 2015, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Yin, R. K. (2003). Estudo de caso. Planejamento e Métodos (2ª ed.): SAGE Publications