

Pessoas idosas e doenças crônicas: vivências com o tratamento

*Elderly and chronic diseases: experiences with
treatment*

*Personas mayores y enfermedades crónicas:
experiencias con el tratamiento*

Maria Elisa Gonzalez Manso
Maria Helena Villas Bôas Concione

RESUMO: O objetivo deste estudo é apresentar como um grupo de pessoas idosas com diversas doenças crônicas, vinculadas a seguros-saúde, autogere seu tratamento, e se sua participação em um programa específico de gestão de doenças crônicas interfere (ou não) nessa autogestão. Notou-se que este grupo de pessoas apresenta um comportamento próprio ao lidar com seu tratamento prescrito, que propicia a estes indivíduos controle sobre suas doenças e seus corpos, selecionando informações e reinterpretando suas relações com o adoecer, como parte de seu saber médico.

Palavras-chave: Idosos; Aderência ao tratamento; Educação em Saúde; Autonomia.

ABSTRACT: *The aim of this study is to present how a group of elderly people with various chronic diseases, linked to health insurance, manages their treatment and whether their participation in a specific chronic disease management program interferes (or not) in this self-management. It was noted that this group of people have their own behavior when dealing with their prescribed treatment, that give them control over their illnesses and their bodies, selecting information and reinterpreting their relationship with falling ill. It is part of your medical knowledge.*

Keywords: *Elderly; Adherence to treatment; Health education; Autonomy.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio es presentar cómo un grupo de personas mayores con diversas enfermedades crónicas, vinculadas a seguros de salud, maneja su tratamiento y si su participación en un programa específico de manejo de enfermedades crónicas interfiere (o no) en este autocontrol. Se observó que este grupo de personas tiene su propio comportamiento cuando manejan su tratamiento prescrito, como formas conscientes que les dan a estos individuos control sobre sus enfermedades y sus cuerpos, seleccionando información y reinterpretando su relación con la enfermedad, haciendo parte de su conocimiento médico.*

Palabras clave: *Ancianos; Adherencia al tratamiento; Educación en salud; Autonomía.*

Introdução

O Brasil tem vivenciado um rápido processo de transição demográfica. Esse tipo de comportamento populacional, que se iniciou no país na década de 1950, e tornou-se mais veloz a partir de 1980, é atribuível à redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida, os quais, somados, levaram à redução da população abaixo de 15 anos e ao aumento significativo da população idosa (Miranda, Mendes, & Silva, 2016).

Paralelamente a este envelhecimento populacional, ocorreu, no mundo, mudanças no padrão do adoecimento que fizeram com que as principais causas de morbidade e mortalidade passassem a ser as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardíacas, cerebrovasculares e cânceres. As DCNT são, atualmente, a principal prioridade na área da saúde no Brasil (Souza, Silva, Junior, Lira, & Santana, 2017).

As DCNT são um grupo de doenças de longa duração que fazem com que os adoecidos tenham que conviver diariamente e em qualquer lugar com a doença. Barsaglini (2011, p. 156) ressalta que isso impõe um “jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e pelas decorrentes da enfermidade, do seu curso, sintomas, tratamento e da resposta a este”. A este jogo, denomina-se autogestão do tratamento.

O objetivo deste estudo é apresentar como um grupo de pessoas idosas com diversas doenças crônicas, vinculadas a seguro-saúde, autogere seu tratamento, vivenciam suas experiências e tomam suas decisões, e se sua participação em um programa específico de gestão de doenças crônicas interfere (ou não) nesta autogestão.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, metodologia escolhida para que se atingisse o objetivo da pesquisa. Turato (2005) ressalta que, na área da saúde, a pesquisa qualitativa busca aprofundar conhecimento sobre comportamentos singulares, não aparentes, quando se utiliza outra forma de metodologia.

Para a realização deste estudo, optou-se por coletar dados, mediante entrevista aberta, cujo pesquisado pode discorrer livremente sobre o tema, sendo as perguntas realizadas somente para aprofundar a discussão (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2013).

As entrevistas foram realizadas nas residências e nos locais de trabalho, dependendo da opção do entrevistado, durante o período compreendido entre o segundo semestre de 2012 até o segundo semestre de 2016, nas conurbações Grande São Paulo e Grande Rio. As conversas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo pesquisador, buscando-se uma visão do conjunto e de suas particularidades, identificando os núcleos de sentido e a lógica peculiar e interna do grupo.

O grupo de entrevistados

O grupo de entrevistados é composto por usuários idosos de um seguros-saúde, portadores de doenças crônicas diagnosticadas por médicos. Estes seguros atendem, no Brasil, a indivíduos que se situam nos estratos de renda mais elevados e oferecem, como complementariedade à atenção médica, para pessoas com afecções crônicas, um programa de educação em saúde, sem ônus adicional e de participação voluntária e opcional.

Este programa é realizado na forma de abordagens telefônicas e/ou visitas e as pessoas que dele participam recebem periodicamente informações baseadas em evidências científicas atualizadas. Fazem parte de uma metodologia conhecida como Gerenciamento de Doenças Crônicas, GDC, que busca, como escopo principal, a redução de complicações que possam advir das DCNT (Manso, 2017).

Neste programa de GDC, mensalmente, os inscritos recebem visitas de profissionais de saúde, em especial, enfermeiras, que verificam itens como: uso da medicação prescrita; adequação à dieta recomendada; realização de exames preventivos

para determinada doença, além do cumprimento de prescrições outras, como praticar atividades físicas e cessação do consumo de tabaco e álcool. Os profissionais de saúde realizam ainda aferição da pressão, medição da glicemia capilar e controle do peso.

Os entrevistados não possuem déficits cognitivos e foram escolhidos de forma aleatória, através de sorteio, totalizando 34 informantes, distribuídos paritariamente entre homens e mulheres. Foram considerados critérios de inclusão para o sorteio: (i) estar vinculado a um seguro-saúde no momento da entrevista; (ii) ter mais de 60 anos de idade; (iii) estar participando do programa de GDC há, pelo menos, um ano; (iv) conviver com, pelo menos, uma doença crônica diagnosticada por médico.

Os participantes foram informados da pesquisa previamente por telefone, sendo ressaltada a garantia do anonimato e do não prejuízo tanto da sua utilização do seguro-saúde quanto de sua participação no programa de GDC caso houvesse recusa. Com a aceitação em participar, na primeira entrevista, foi lido o termo de consentimento, sendo as demais entrevistas agendadas, conforme a disponibilidade de cada participante.

Este projeto de pesquisa foi submetido tanto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tendo sido aprovado com o Protocolo de número 219, de setembro de 2011.

Resultados e Discussão

Dos 34 entrevistados, 27 (79%) residem na Grande São Paulo e 7 (21%) na Grande Rio. O grupo é composto por 17 (50%) mulheres, e 17 (50%) homens, sendo que a idade do grupo variou de 61 a 92 anos, com média de 72 anos de idade.

Quanto à escolaridade, todos os entrevistados têm, no mínimo, ensino superior completo e, no tocante à ocupação, 12 (35%) dos entrevistados estão ativos no mercado de trabalho, principalmente em profissões relacionadas ao trabalho autônomo (advogados, médicos, consultores, dentre outros), em cargos de direção em empresas ou no comércio. Os demais (n=22, 65%) entrevistados estão aposentados.

Das DCNT relatadas por estes idosos, a mais frequente é a hipertensão arterial (n=31, 91%), seguida, ou, inclusive, associada aos cânceres, obesidade, diabetes, Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC). Destaca-se que seis (18%) pessoas do grupo apresentam apenas uma doença crônica, sendo que a média de doenças/entrevistado foi de 3.

A maioria do grupo, apesar das DCNT, refere boa saúde e segue executando seus afazeres normalmente. O que mais incomoda a todos estes participantes é a necessidade de seguimento do tratamento por um longo período de tempo.

Como já apontado, este grupo caracteriza-se por ter suas doenças diagnosticadas e, uma vez que isso ocorra, passam a ser acompanhados por um programa de GDC. Além das atividades do programa, alguns frequentam palestras e oficinas temáticas, além de terem acesso na Internet a textos referentes a suas doenças, complicações, tratamentos disponíveis e outras informações. Destarte, a autogestão de suas doenças deveria, em tese, seguir as prescrições realizadas tanto pelos médicos quanto pelos profissionais do programa. Entretanto, quando se aprofunda a questão, nota-se que não é bem assim que estas pessoas se comportam.

O principal problema apontado por estes entrevistados, no que tange a seguir às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, refere-se à alimentação, às restrições alimentares.

Para serem comidos, os alimentos devem ser elegíveis, preferidos e processados pela culinária, atos repletos de significado. A alimentação é um processo voluntário e consciente repleto de influências culturais, econômicas e psíquicas que levam o indivíduo a escolhas, seleções e rituais; portanto, quando as pessoas comem não apenas atendem às suas necessidades de sobrevivência, mas se reconstróem como seres humanos. Pesquisas mostram que a dieta fornecida pelo profissional de saúde é muito restritiva e de difícil seguimento (Rodriguez, Santos, & Lopes, 2014; Vaz, & Bennemann, 2014; Klotz-Silva, Prado, & Seixas, 2016).

Para o grupo entrevistado, as restrições dietéticas, na maioria das vezes, não são cumpridas ou são cumpridas apenas parcialmente:

M: “Pão, pão, eu não dispenso. O endócrino diz que tem vez que chego no consultório, a glicemia tá boa, tem vez que eu engordo dois quilos! Ele diz: Não come pão!, mas se eu não como pão de manhã, quando chega onze horas, to querendo desmaiar. Como no lanche, como até quatro por dia.”

I: “Meu filho fica, põe pouco sal, põe pouco sal, mas é meio salgadinha a minha comida. Quando fico nervosa, tem hora que não desce nada,

mas tem hora que como muito, principalmente pão, como tudo o que aparece.”

Entre os entrevistados portadores de hipertensão, o que mais incomoda é a retirada do sal, mas são os portadores de diabetes os que mais pontuam problemas em seguir a dieta. A retirada do doce e do pão só é realizada em períodos de descompensação da doença:

M: “Como muito doce, não adianta falar. Mas a glicemia tá boa. Meus exames tão bons. Em casa eu tenho um diário, faço todo dia a medição. Quando ela tá baixa, eu aproveito, e como tudo o que posso e, quando tá alta, aí não.”

Pires e Mussi (2012), em pesquisa com mulheres portadoras de hipertensão na cidade de São Paulo, mostram que, apesar de o sal ser reconhecido como causa da doença que as acomete, estas mulheres creem que a falta de sal modifica o gosto da comida e torna a refeição menos prazerosa. O mesmo ocorre com a gordura e o açúcar.

Pesquisas demonstram que o sabor doce é uma característica adaptativa positiva do ser humano, pois o açúcar é uma fonte importante de energia. Alimentos doces estão presentes em todas as culturas, o que torna difícil sua restrição. Doentes com diabetes referem um desejo irresistível de comer doces após o diagnóstico, o que atribuem à própria enfermidade (Barsaglini, 2011; Contreras, & Gracia, 2011).

Mesmo quando o diabetes ou a hipertensão trazem complicações, como o acidente vasculoencefálico, estes entrevistados não conseguem seguir as orientações dietéticas à risca. A maior dificuldade encontrada por este grupo está relacionada à participação em viagens e em eventos festivos, tanto com familiares quanto com amigos:

D: “Eu sou glutona, para falar a verdade, eu gosto de tudo, modéstia a parte sou uma boa cozinheira. Como de tudo, gosto de comer. Ah!, vamos fazer uma noite árabe, quem vai fazer? Eu, então, eu tenho as minhas ajudantes, as vizinhas e tal, todo mundo põe a mão na massa, mas eu que coordeno, noite italiana e assim vai... cada dia na casa de um, na casa de outro, muitos casamentos, aniversários, muitas festas.”

C: *“Atualmente eu sei que estou gorda, já fiz dois regimes e consegui emagrecer 17 quilos, mas assim: eu gosto de um chocolatinho... eu tenho uma turma aqui no bairro que a gente se reúne três vezes por semana, a gente bebe cerveja e cada um leva uma coisa, a gente faz aquela reunião e se come e se bebe...e eu não vou abrir mão disso!”*

K: *“Se você vai num casamento ou festa, você extrapola um pouco em questão de comidas diferenciadas e aí aumenta um pouco [a glicemia], mas depois volta ao normal.”*

A liberação da dieta em eventos festivos é denominada licença social e é comportamento comum observado em várias pesquisas com pessoas com DCNT. Estas reconhecem os exageros do que comeram, compensando-os com estratégias posteriores que envolvem o uso da medicação ou de restrições alimentares mais intensas, mas o mais importante é o sentimento de pertença ao grupo que sobrepuja a necessidade da dieta (Barsaglini, 2011).

O entrevistado Q, além de cozinhar sua própria comida, também o faz para a família. Para este, as restrições se tornam piores:

Q: *“... então tem muita coisa que eu sou apaixonado e não posso comer, e isso me incomoda muito, incomoda bastante, pois do jeito que eu gosto de comer; sabe, eu sou cozinheiro, sempre gostei de cozinhar em casa; então, o que eu faço, faço para os outros que eu não posso comer, entendeu? Então, isso me incomoda [começa a chorar]... Olha como é que eu fico! É fogo! É fogo!”*

A comida possui aspectos simbólicos, sendo o que comer ou não comer influenciado pela cultura. Comer sozinho tem significados totalmente diferentes do comer em grupo ou em família. Toda a cultura possui refeições especiais que incluem um valor ritual; daí a maior dificuldade apontada pelo grupo entrevistado em seguir o tratamento dietético relacionado aos eventos familiares e comunitários. Comer sozinho pode proporcionar sensação de isolamento.

Por ser o alimento uma linguagem cultural, os adultos são os que mais vivenciam situações conflituosas ao ter que modificar seus hábitos. O entrevistado T deixa este fato muito claro em suas falas, inclusive ressaltando a questão do preço, já que alimentos tidos

como saudáveis têm maior custo. Hábitos alimentares estranhos à sua cultura também são citados pelos entrevistados como dificultando a adesão à dieta:

T: *“Sou descendente de italianos; sempre gostei de mussarela e de massas...”*

Inúmeras pesquisas demonstram que o poder aquisitivo *per si* não explica a não adesão ao tratamento dietético, apesar de os alimentos ditos saudáveis ou dietéticos terem efetivamente um preço maior que os demais (Barsaglini, 2011; Zanetti, *et al.*, 2015).

Para os participantes portadores de obesidade, o tratamento dietético é descrito como um “tormento”, algo muito difícil de ser seguido. São comuns as narrativas de perdas e ganhos de peso sempre associadas à melhora ou piora do estado emocional:

C: *“Eu tenho obesidade, sempre lutei com esse negócio. Sempre fui muito magra, desde menina. Atualmente eu sei que estou gorda, já fiz dois regimes e consegui emagrecer 17 quilos, mas assim eu gosto de um chocalatinho! A dinâmica da minha casa está atrapalhada, e o chocolate e ainda é o chocolate branco que é pior ainda, eu sinto falta de doce, doce! Enquanto não acaba...é compulsivo, porque eu já fiz vigilantes do peso. Quando dá aquela segura.... antes eu tinha em estoque, eu agora não tenho mais. Eu gosto de comer, eu abro mão do arroz e feijão para salada, mas o doce e o pão... to obesa, mas não sinto que isso está dificultando minha vida; não sinto diferença em relação à minha capacidade pulmonar, por que ela já é diminuída mesmo, não sinto diferença comparando com o que sentia ou quando eu não tomo o remédio.”*

Todos os entrevistados referiram utilizar os medicamentos exatamente conforme prescrito, porém, exceto os fármacos utilizados para tratamento de câncer, todos estes idosos ou já modificaram suas doses ou sequer nunca os utilizaram, inclusive entrevistados profissionais da área da saúde:

H: *“A pressão é só um controle, continuo tomando o remédio, só que de médico e louco todo mundo tem um pouco, e eu diminuí por conta*

própria, porque a pressão estava boa. A pessoa tem que entender seu organismo, a pessoa tem que ser seu próprio médico!”

J: “A médica me passou desde o início duas metforminas, mas eu, na verdade, nunca tomei nenhum remédio...”

Os entrevistados acometidos por hipertensão e diabetes são os que mais modificam a prescrição medicamentosa. A presença de efeitos colaterais é citada no grupo como fator importante de não seguimento de prescrição. O próprio efeito da medicação, está associada a condições decorrentes do processo de envelhecer, tais como a incontinência urinária, faz com que estes idosos ou deixem de sair de casa ou, quando saem, deixem de tomar a medicação:

I: “Sou meio preguiçosa com o remédio, às vezes paro. Quando eu to melhorzinha, não tomo remédio. O remédio que tomo é diurético; quando tenho que sair, não tomo. Tenho incontinência e não dá para tomar o diurético. Tenho receio. Quase não saio mais...”

S: “Perdi peso por causa do remédio, que me deixa muito enjoada e não consigo programar minha alimentação. Falei para o médico: Doutor eu não aguento tomar, vou parar com esta medicação! Aí o médico reduziu para metade da dose, mas, por minha conta, por que é demais, eu tomo só uma vez ao dia, porque é duas vezes ao dia. É o que minhas filhas falam: Mãe o que adianta sua glicose baixar se a senhora está sempre com mal-estar, sempre enjoada? A gente vai, assim, comer fora e, às vezes, não dá; então, elas falam: Fala com a médica porque a senhora não pode continuar.”

A automedicação é frequente neste grupo, independentemente da doença que acomete estas pessoas e apesar de os entrevistados estarem cientes de que pode haver interação medicamentosa:

L: “Tomo cogumelo do sol há seis anos, desde a cirurgia, e os médicos dizem que estou melhorando. É certo que estou tomando remédios para afinar o sangue, mas talvez o cogumelo potencialize.”

Uma das entrevistadas ressalta que, para os medicamentos surtirem efeito, deve haver crença por parte de quem o utiliza, e informação por parte do médico, caso contrário o efeito não será obtido:

C: “Eu acho que é assim, uma explicação ajuda muito, você usar o remédio e saber para o que que é. Eu acredito que a gente faz a doença e a gente faz a cura. Eu acredito mesmo nisso. Quando você sabe que está tomando aquele remédio e o objetivo daquele remédio é isso, ele alcança!”

Inqueriu-se, então, a estes idosos o porquê de referirem para os profissionais de saúde que os acompanham que seguem as prescrições quando, na verdade, não as seguem. A maioria refere que seu médico sabe de seu comportamento. Não houve outra explicação dada pelo grupo.

Várias revisões sobre o tema adesão ao tratamento citam que a falta de informação é o principal motivo para comportamentos em relação à alimentação e medicamentos semelhantes ao encontrado neste grupo pesquisado (Abreu, Brandão, Estima, & Assis, 2016; Hori, & Silva, 2016).

Novamente ressalta-se que este tipo de comportamento não seria esperado para este grupo, pois o mesmo faz parte de um programa, que tem como um de seus objetivos modificar este tipo de atitude, informação reforçada durante as visitas, telefonemas, palestras e oficinas para o grupo, o qual ainda recebe dispositivos mnemônicos. Mesmo assim, observamos que o grupo entrevistado lida com estas orientações em um processo próprio, sendo que, para as doenças que são pelo grupo consideradas como mais graves, os entrevistados seguem a prescrição, já para enfermidades que não são consideradas como tal, adapta-se ou não se segue o prescrito.

Ressaltamos a fala da entrevistada C, que diz que, para o medicamento obter a cura é necessário acreditar nesta, e do entrevistado K, abaixo. Ambos modificam sua prescrição e não seguem a orientação alimentar, mas destacam o quanto sua visão da doença interfere em seu comportamento:

K: “A melhor parte do tratamento é você se identificar com um médico, pois aí você segue direitinho as indicações [não segue a dieta]. Eu me

acho controlado, meu médico não acha, mas eu me acho controlado, não tenho nenhum sintoma.”

Estes entrevistados citam ainda uma série de sintomas que, quando ocorrem, servem como sinal de alerta para que modifiquem sua prescrição ou tomem o medicamento, comportamento descrito em outros estudos sobre o tema, os quais referem que adoecidos portadores de DCNT, dependendo do tempo que convivem com a enfermidade, vão reconhecendo sensações e desenvolvendo estratégias para que deixem de se sentir incomodados. Assim, o que comer, quando e onde comer, aumentar ou diminuir a medicação, ou até suspendê-la, são as mais frequentemente citadas.

A maioria dos entrevistados refere saber quando sua pressão vai subir, ou quando o diabetes está descompensando, ou quando terá crise de falta de ar; daí poder modificar sua prescrição sem problemas. Para os participantes portadores de hipertensão, sintomas como dor de cabeça, angústia, agitação, irritação e moleza indicam que a pressão está aumentando, o que os leva ou a tomar medicamentos anti-hipertensivos ou a aumentar a dose do que já tomam habitualmente. Caso estes sintomas melhorem, ficam despreocupados. Alguns sintomas como dor de cabeça ou dor no peito são mais valorizados, indicativos de que devem procurar auxílio imediato, pois indicam que a pressão subiu além dos limites por eles considerados toleráveis:

D: “...sempre sem sintomas, inclusive quando ela sobe e dizem que isso é ruim, né? Porque se eu tenho uma dor de cabeça serve de alerta... mas eu fico alerta, sabe, qualquer coisa eu vou lá medir na farmácia ou coisa assim.”

O sintoma que os entrevistados acometidos por diabetes associam com a elevação da glicemia é a sede intensa, o que faz com que se mediquem ou procurem auxílio médico:

J: “A médica me passou desde o início duas metforminas, mas eu, na verdade, nunca tomei nenhum remédio, mas eu sei quando está alterada a glicemia, porque eu sinto sede à noite.”

Uma das entrevistadas, afetada por enfisema, diz saber quando vai ter crise:

C: *“Algumas vezes tenho uma espécie de aura...”*

Dentre aqueles acometidos pelas DPOC, constatamos não apenas a mudança de prescrição medicamentosa, mas a não utilização do oxigênio, tido como um símbolo da dependência e incapacidade. Em pesquisa realizada com pacientes americanos com DPOC, estes percebem o uso de bengalas, oxigênio, cadeiras de rodas e andadores como símbolos de dependência e limitação física, não desejando usá-los. O oxigênio, principalmente, foi considerado como um marcador visível da deficiência, explicitando a incapacidade desses doentes e piorando seus sintomas (Boyles, Bailey, & Mossey, 2011):

O: *“Usei oxigênio por algum tempo, mas isso me fazia pior, me fazia mal, psicologicamente, me sentia dependente daquela porcaria verde lá [o cilindro de oxigênio]. Então, eliminei isso aí e me senti melhor, psicologicamente melhor, para mim aquilo era uma muleta.”*

A insulina também é tida pelo grupo de entrevistados que a utiliza como um medicamento associado à dependência. Esta é vista como associada ao final da vida e assume representação idêntica ao oxigênio, um marcador de incapacidade. Esta mesma representação é apontada por Barsaglini (2011) em estudo com pessoas com diabetes:

F: *“Quando o meu médico me propôs a insulina, fiquei deprimida, porque achei que meu pâncreas tinha parado. As pessoas associam a insulina com um estágio muito avançado da doença e dá muita depressão no início.”*

Entre os participantes da pesquisa com câncer, a maioria tinha hipertensão arterial ou diabetes ou DAC ou as quatro DCNT associadas à enfermidade, sendo que a adesão ao tratamento destas doenças seguiu o comportamento anteriormente relatado. Já para o câncer em si, o tratamento foi realizado por todos, conforme a prescrição, exceto pelo entrevistado O, que recusou a quimioterapia.

Nas falas dos entrevistados com câncer de próstata, são explicitados os problemas advindos de efeitos colaterais do tratamento a que se submeteram. Para estes, as

dificuldades sexuais advindas da terapêutica é um efeito adverso que impacta em suas vidas, principalmente para os casados, mas não os leva a abandonar o tratamento.

O entrevistado O ressalta que se recusou a fazer quimioterapia, pois esta provoca queda de cabelo, e, como ainda trabalha, ficaria aparente sua doença, o que não era por ele desejado. Desta forma, realizou apenas a radioterapia:

O: *“Não fiz quimioterapia; na quimio, o sujeito... cai o cabelo, esse tipo de coisa; então, fica mais aparente, a rádio, não fica aparente nenhum, mas também estraga muito mais o corpo, arreventa; eu tive incontinência urinária; essa incontinência urinária não tinha solução para ela.”*

Além da alimentação e medicação, são considerados fatores de risco para o desencadeamento ou piora das DCNT, o consumo de tabaco, o consumo de álcool e o sedentarismo. Assim, estes hábitos são enfatizados como nocivos pelas enfermeiras e pelos médicos que assistem estes adoecidos.

Alguns destes entrevistados tiveram que modificar; portanto, o consumo do tabaco. Todos os ex-fumantes associam o uso do cigarro ao glamour, à propaganda, à conquista sexual e ao próprio trabalho; mesmo assim, quando confrontados com sua doença, pararam com o hábito, o que não foi fácil, mas é motivo de orgulho. Alguns destes participantes se arrependem de ter fumado um dia, mas nenhum referiu sentir falta do hábito:

T: *“Fumei, fumei muitos anos! Foi uma besteira! Hoje me arrependo muito, sou um ex-fumante chato. Era elegante, questão de moda. A gente não tinha noção do que estava fazendo com o corpo da gente; era gostoso, mas é uma besteira, né?”*

O fumar está associado ao estresse no trabalho e às situações tidas como prazerosas, tais como convívio social e atividades de lazer desenvolvidas em grupo. As representações de *status* social enquanto liberdade, poder, distinção social são frequentemente referidos pelo fumante, o que os leva a adquirir o hábito (Manso, Silveira, Godoy, & Lima, 2014).

O consumo de álcool é outro hábito que alguns dos entrevistados tentaram modificar, mas, diferentemente do caso do cigarro, não conseguiram. Trata-se de um hábito associado ao relaxamento e a eventos relacionados ao convívio familiar ou com amigos, o que o torna agradável, segundo estes entrevistados:

K: "Tomo uma lata de cerveja todo jantar e uma dose de uísque toda noite quando chego em casa, no jantar, para relaxar."

Quanto ao álcool, seu uso pela humanidade é tão antigo quanto a agricultura, como um subproduto da fermentação de frutas, grãos e vegetais. O consumo de álcool ainda é tido como um ato social, construtor de laços e ligado à sociabilidade. Há modelos socioculturais sobre o quanto, como, onde, e que tipo de bebida usar, sendo o consumo de bebidas um símbolo associado principalmente à masculinidade (Karpinets, & Marusyn, 2018).

O sedentarismo não é identificado pelo grupo de entrevistados relacionado às doenças que os acometem, apesar das informações recebidas pelos programas de GDC. Pesquisas ressaltam que a maioria das pessoas não associava atividade física à saúde, comportamento social este que vem se modificando (Contreras, & Gracia, 2011).

Apenas uma parte dos entrevistados idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes realiza atividade física como parte do programa de GDC que os assiste. A atividade física é vista por estes idosos como uma oportunidade de convívio social e como benéfica no tratamento da dor:

L1: "A atividade física é necessária, mas ninguém faz sozinho. Você só faz em grupo, seja na escola, seja no quartel, seja lá na Liberdade que se reúnem de manhã cedo lá e vão fazer. Sozinho o cara não faz!"

F1: "Depois a atividade física, para mim pelo menos, me deu mais segurança com a minha perna, que eu tenho problema de artrose, tinha osteoporose e agora tenho osteopenia, eu estava ficando meia torta. A coluna foi junto com o joelho, o quadril também. Agora, estou mais ereta, estou me sentindo melhor; o estímulo para mim foi muito grande, me deu mais segurança, trabalho melhor na minha casa. Agora está tudo de bom!"

Conviver com uma doença crônica impõe a adesão ao tratamento enquanto realização de todas as prescrições feitas pelos diferentes profissionais de saúde, com ênfase na modificação de hábitos e na participação do doente na gestão de sua doença. Dessa forma, a não adesão, ou seja, o não seguimento das restrições alimentares, o uso incorreto da medicação prescrita, o não deixar de fumar ou de consumir álcool e o sedentarismo são consideradas falhas de tratamento.

Os programas de educação em saúde hegemônicos, entre os quais, ressalta-se, enquadram-se os programas de GDC, voltam-se para um modelo de doença em que há sempre um agente exógeno a ser combatido, tal como o fumo, o álcool etc. Esta concepção leva os profissionais de saúde a pensar a educação como a correção de maus hábitos e de comportamento inadequados, atribuíveis a um déficit cultural e cognitivo, que pode ser superado através da ajuda e informação. Rezende e colaboradores (2011, p. 96), exemplificando com a educação alimentar em nutrição, ressaltam que esta ainda é realizada, visualizando-se o indivíduo como

(...) um paciente que não tem conhecimentos sobre a nutrição e sobre seu problema de saúde. O profissional assume, nessa perspectiva, a condição de detentor do saber “sério”, “rigoroso” e “científico” – posição por vezes etnocêntrica –, estabelecendo uma estratégia pedagógica direcionada a gerar informações que irão sanar o problema de saúde do outro.

Este tipo de postura, fruto da formação profissional, impede que as pessoas possam utilizar seus saberes na conformação da autogestão de seu tratamento em conjunto com o profissional, retirando do indivíduo sua autonomia e não considerando as influências culturais e sociais.

O comportamento humano traduz percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos. As pessoas, incluindo os próprios profissionais, estão sempre reatualizando seus hábitos, modos de vida e sensibilidades, de acordo com significados históricos e culturalmente construídos, elaborando representações de saúde e doença. Portanto, apenas agregar conhecimentos não é o suficiente para mudar comportamentos. O cuidar de si é importante para a autoconformação do sujeito; Foucault (2004) destaca que, apesar de existirem regras e comportamentos impostos pela família e

pela sociedade, há sempre uma margem de não normatização que permite ao indivíduo elaborar uma conduta própria.

Ribeiro e colaboradores (2011), analisando os programas de gerenciamento de doenças executados pelo setor de saúde suplementar brasileiro, destacam serem estes uma forma de exercício do biopoder, poder disciplinar sobre os adoecidos. Os indivíduos não são encarados como seres autônomos, mas, sim, responsabilizados por sua doença, buscando-se padrões massificados de comportamentos tidos como adequados, privando os indivíduos do cuidar de si.

Conclusão

O grupo pesquisado demonstra um comportamento próprio ao lidar com seu tratamento prescrito. Estes comportamentos não ocorrem de forma inconsciente, como um esquecimento, ou um descaso, mas são formas conscientes que propiciam, a estes indivíduos, controle sobre suas doenças e seus corpos, selecionando informações e reinterpretando suas relações com o adoecer, com o sofrimento, como parte de seu saber médico. A participação no programa de GDC não modificou estes comportamentos, já que estes são entendidos por este grupo de idosos como um exercício de sua autonomia.

O artigo, ressalta-se, refere-se a um grupo específico de pessoas idosas, não permitindo, nem buscando generalizações, mas, sim, melhor compreensão do comportamento dessas pessoas. Infere-se que é necessário modificar a forma como os profissionais de saúde trabalham neste programa de GDC, adotando outras premissas pedagógicas que fortaleçam o autocuidado, buscando um real diálogo com essas pessoas. Destaca-se ainda que são programas que correm paralelo ao atendimento médico, demonstrando fragmentação da atenção à saúde e não a integralidade.

Referências

Abreu, A. M., Brandão, N. P., Estima, S. L., & Assis, M. C. S. (2016). Adesão ao Tratamento na Hipertensão e Diabetes Mellitus: Revisão Integrativa. *Rev Enferm UFSM*, 6(3), 442-453. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19029>.

Barsaglini, R. A. (2011). *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.

Boyles, C. M., Bailey, P. H., & Mossey, S. (2011). Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Disability: Dilemma Stories. *Qual. Health Res*, 187(198). Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732310383865>.

Contreras, J., & Gracia, M. (2011). *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.

Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: Motta, M. B. (Org.). *Ditos e escritos*. São Paulo, SP: Forense Universitária.

Hori, P. C. A., & Silva, G. V. (2016). Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo: abordagem, métodos de aferição e programas de obtenção de bons resultados. *Rev Bras Hipertens*, 23(4), 84-89. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/23-4.pdf>.

Karpinets, I. D., & Marusyn, O. V. (2018). Some features of the behavior of alcohol dependent persons. *Wiad Lek*, 71(3 pt 2), 671-673. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29783244/>.

Klotz-Silva, J., Prado, S. D., & Seixas, C. M. (2016). Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? *Physis*, 26(4), 1103-1123. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01103.pdf>.

Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 135-151. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI:10.23925/2176-901X.2017v20i4p135-151.

Manso, M. E. G., Silveira, R. S. M., Godoy, M. C., & Lima, M. (2014). Programa para cessação de tabagismo em uma operadora de planos de saúde - relato de experiência. *RBM*, 14, 142-147. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Elisa_Gonzalez_Manso/publication/271851365_Artigo_Programa_para_Cessacao_de_Tabagismo_em_uma_operadora_de_planos_de_saude-relato_de_experiencia_Dra_Maria_Elisa_Gonzales_Manso_2014_Revista_Brasileira_de_Medicina/links/54d502140cf2970e4e641111.pdf.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2013). *Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade*. Rio de Janeiro, RJ: Petrópolis.

Miranda, G. M. D, Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2016). Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 309-320. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>.

Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2012). Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Revista Esc Enferm USP*, 46(3), 580-589. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/08.pdf>.

Rezende, E. G., Murta, N. M. G., & Machado, V. C. (2011). Educação nutricional e a cultura como questão. *Ponto e Vírgula*, 10, 89-100. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://ken.pucsp.br/pontoevirgula/article/view/13902>.

Ribeiro, C. D. M., Franco, T. B., Silva Junior, A. G., Lima, R. C. D., & Andrade, C. S. (2011). *Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde*. São Paulo, SP: HUCITEC.

Rodriguez, M. T. G., Santos, L. C., & Lopes, A. C. S. (2014). Adesão ao Aconselhamento Nutricional para o Diabetes Mellitus em Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Rev Min Enferm*, 18(3), 685-690. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/955>.

Souza, G. P., Silva, A. N., Junior, A. L., Lira, R. C., & Santana, R. C. F. (2017). O Impacto do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 10(1 ESP), 136. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2824>.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.

Vaz, D. S. S., & Bennemann, R. M. (2014). Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: Uma Revisão. *Revista UNINGÁ*, 20(1), 108-112. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>.

Zanetti, M. L., Arrelias, C. C. A., Franco, R. C., Santos, M. A. dos, Rodrigues, F. F. L., & Faria, H. T. G. (2015). Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 49(4), 619-625. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1590/S0080-623420150000400012.

Recebido em 30/04/2020

Aceito em 30/06/2020

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais. Pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Médica. Master em Psicogerontologia, Universidade Maimônides, Buenos Aires (AR). Professora titular do Curso de Medicina Centro Universitário São Camilo SP. Membro da Red Iberoamericana de Psicogerontologia (Redip).

E-mail: mansomeg@hotmail.com

Maria Helena Villas Bôas Concione - Doutora em Antropologia e graduada em Ciências Sociais (PUC-SP). Antropóloga. Professora titular Departamento de Antropologia PUC-SP. Professora e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais PUC-SP. Membro da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e Associação Cientistas Sociais da Religião do MERCOSUL (ACSRM).

E-mail: mhconcone@yahoo.com.br