

O PROCESSO PSICOSSOCIAL FAZ A DIFERENÇA NA COMPREENSÃO E NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS¹

[*The psychosocial process makes difference in the comprehension and health education for persons with chronic diseases*]

Nágela Valadão Cade*

RESUMO: Este é um estudo descritivo que aborda as características da doença crônica e a necessidade de seus portadores participarem ativamente do tratamento, modificando seus comportamentos. Considerando a complexidade dos comportamentos, propõe-se que os profissionais de saúde se envolvam com a educação em saúde dentro de uma perspectiva psicossocial, por essa possibilitar planos de intervenção voltados tanto para a realidade objetiva, como subjetiva, indo ao encontro às reais necessidades dos indivíduos.

PALAVRAS CHAVE: Doença crônica; Educação em saúde; Enfermagem; Apoio social.

INTRODUÇÃO

O perfil mundial de doenças tem mostrado aumento das doenças crônicas, e algumas das afecções desse grupo - as cardíacas e as vasculares - ocupam hoje a primeira causa de mortalidade no Brasil e em vários países.

Doença crônica refere-se a qualquer incapacidade permanente ou por longo tempo, que interfere no funcionamento físico, psicológico ou social da pessoa, pois são afecções progressivas, ocasionando algum tipo de incapacidade no indivíduo. (HYMOVICH, 1992)

Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 17% da população é portadora de algum tipo de doença crônica já com limitação da atividade física, e as doenças mais prevalecentes em adultos, naquele país, constituem: a artrite, hipertensão arterial, dificuldade auditiva, doença cardíaca, sinusite, problema ortopédico, catarata, diabetes e outras de menor ocorrência. (HYMOVICH, 1992)

Esse aumento pode ser atribuído tanto à modificação no estilo de vida das pessoas, como à maior longevidade da população, pois são desordens que, apesar de acometerem todas as faixas etárias, prevalecem em idosos. Estima-se que até o ano 2.000, o Brasil terá um acréscimo da população com 60 anos ou mais, em 29%, o que contribuirá para aumentar a incidência de doenças crônicas. (BRASIL, 1993, GLANZ, 1990)

Apesar de os meios de diagnóstico e terapêutica medicamentosa encontrarem-se em estágio adiantado, as

doenças crônico-degenerativas estão em ascendência e têm atingido níveis baixos de controle. Encontrou-se ensaios científicos sobre o não seguimento do tratamento das doenças crônicas, e citaremos cifras referentes somente à hipertensão, por essa ter constituído nosso foco de estudo.

Além de ser elevado o número de pessoas que desconhecem sua condição como hipertenso, dos sujeitos diagnosticados, nem todos fazem tratamento e quando o fazem, uma minoria chega a níveis controlados de pressão. Trabalhos evidenciam que 30 a 50% dos hipertensos, em tratamento, interrompem a terapia no primeiro ano, principalmente quando são assintomáticos, do sexo masculino, analfabetos e com idade menor que 40 anos. Estima-se que depois de cinco anos em tratamento, 75% dos hipertensos abandonam o mesmo. (GIORGI, 1985)

Já vislumbrando a baixa aderência ao tratamento das doenças crônicas, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1983), quando na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças, em 1975, elaborou um esquema que fosse capaz de melhor avaliar o portador desse tipo de afecção e detectar indicadores a serem utilizados na intervenção.

O esquema do modelo proposto coloca que a desordem ou doença crônica ocasiona anormalidades de função ou na estrutura anatômica e psicológica dos sujeitos, com consequente alteração no desempenho dos papéis, dependência física ou financeira dos familiares; prejuízo da mobilidade física; modificação das relações sociais, familiares e na atividade profissional; alteração no autoconceito; medo, depressão, e outras intercorrências.

Nas doenças crônicas, há necessidade de se preparar os sujeitos não só para enfrentarem a doença, mas também para fazerem a prevenção dos danos que poderão advir com as mesmas e para manterem suas funções físicas, psicológicas e sociais. Temos, ainda, a considerar, que as mudanças surgidas com o tempo da doença demandam ajustes contínuos, e os profissionais de saúde devem ajudar os portadores desse tipo de afecção a habilitarem-se para reconhecer os sinais indicativos de descompensação da doença, como atuarem frente a essas descompensações, e propor estratégias que os levem a manter o regime terapêutico requerido.

O profissional de saúde tem um papel primordial nos aspectos que interferem na realização, pelos portadores de doença crônica, de comportamentos voltados para a conservação da saúde, pois apresenta condições de elucidar e interferir positivamente, na interação profissional-cliente,

* Esse trabalho constitui parte da dissertação de mestrado "Aspectos Psicossociais no Cotidiano dos Hipertensos: Um Estudo sobre a Descontinuidade do Tratamento em Pacientes Pertencentes ao Programa para Controle da Hipertensão Arterial - UFES", submetida ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

* Profº. Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem - UFES. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP.

estabelecendo um processo educativo eficaz. Ele não tem somente a função de informar e passar conhecimentos, pois isso, por si só, não garante a realização dos comportamentos voltados para a saúde, devido a percepção da doença ir mais além dos aspectos físicos, guardando relação com os fatores psico-sócio-históricos e culturais dos indivíduos.

Compreende-se assim, que o portador de doença crônica por apresentar modificação nas esferas física, psicológica e social, há necessidade que os profissionais de saúde avaliem e programem intervenção nos aspectos que refletem a interação e adaptação da pessoa com a doença e com o meio externo. Portanto, objetiva-se com esse trabalho, pontuar a relevância e como os fatores psicossociais podem influenciar a educação em saúde voltada para os portadores de doenças crônicas.

OS COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

A saúde das pessoas é uma questão de comportamento, pois alguns desses, transformam-se em fatores de risco para doenças, mostram a opção de cada um em aceitar determinadas ações em prol da saúde e direcionam a forma pela qual os indivíduos se portam frente à doença. (SILVA, 1989)

Os comportamentos voltados para a saúde têm sido estudados há algumas décadas no sentido de fornecerem conhecimentos a serem utilizados na educação em saúde, entendida, aqui, como um processo que, através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, capacita os indivíduos para conviverem, adaptarem e modificarem suas ações em prol da saúde, após prévia apreciação e julgamento da situação. (SILVA, 1989)

Com o aumento das doenças crônico - degenerativas, houve a necessidade de se investir na educação em saúde, considerando-se que o estilo de vida de um indivíduo - padrão alimentar, atividade física, uso de drogas, e outros - é um fator importante no desenvolvimento dessas doenças, e pode ser modificado por meio da educação. (GLANZ, 1990)

KALS (1966) define três tipos de comportamentos ligados à saúde e à atuação requerida aos profissionais em cada tipologia:

a) comportamento preventivo em saúde: são aqueles comportamentos, ações ou práticas realizadas na ausência de doença, e têm como objetivo a manutenção da saúde e a prevenção de enfermidades. Fazem parte desse conceito comportamentos do tipo procurar o serviço de saúde, vacinar-se, fazer exames de pré-natal, check up e ter o hábito de manter uma alimentação balanceada. O papel da equipe neste caso, seria orientar o paciente quanto a prevenção e levantar mecanismos para manter a saúde.

b) comportamento em doença: são as ações realizadas quando a pessoa se sente doente frente alguma sintomatologia, no sentido de diagnosticar o problema e tratá-lo. Há necessidade de que os profissionais de saúde entendam como a pessoa percebe e avalia os sintomas e

qual o papel que outras pessoas desempenham nos cuidados do doente.

c) comportamento como pessoa doente: são os comportamentos emitidos pelo indivíduo quando ele considera-se doente, visando à redução dos riscos causados pela doença e para sentir-se bem. As medidas requeridas aqui devem ir além de estratégias biológicas e vislumbrar a modificação de hábitos pessoais como, por exemplo, a interrupção do tabagismo e a modificação da dieta. Para tal, faz-se necessário contato duradouro com os profissionais de saúde, com o tratamento, e que os pacientes aceitem modificar os papéis sociais desenvolvidos e suas atividades diárias.

Entende-se que as doenças crônicas, pelas suas características, encontram-se inseridas nessa última categoria, fazendo-se necessário que o indivíduo tenha "comportamentos como pessoa doente", e uma educação para a saúde voltada para o contexto do indivíduo, proporciona melhores resultados cognitivos, afetivos e comportamentais.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O PROCESSO PSICOSSOCIAL

Ao contrário das doenças infecciosas e parasitárias que têm um agente infeccioso, nas doenças crônico-degenerativas, o indivíduo pode ser o próprio agente de sua destruição por meio dos comportamentos emitidos. Por outro lado, o ambiente social será um dos fatores que definirão a posição do homem no mundo, e, assim, o ambiente torna-se igualável ao hospedeiro, no que diz respeito aos danos ao organismo. (SINGER, 1981)

Nas doenças crônicas, há necessidade de que seus portadores modifiquem os comportamentos de risco para a doença ou de que assimilem comportamentos que favoreçam sua condição física, social ou psicológica.

Quando os sujeitos são orientados para que modifiquem um determinado hábito em benefício da saúde, os profissionais de saúde supõem que o indivíduo apresente compreensão, interesse, motivação, disposição e habilidades para seguirem as orientações, como também terem apoio de seu meio social para modificar o(s) comportamento(s) necessário(s).

Parece-nos que o paciente deveria ter os mesmos interesses e preocupações com a saúde, a partir do momento em que recebesse informação sobre a doença e seu tratamento. Mas, na prática, isto não é observado, principalmente, quando envolve modificação de comportamento, pois os valores, percepções e perspectivas em relação à doença e tratamento diferem entre clientes e profissionais de saúde. (LAPLANTINE, 1991)

Os leigos pensam, imaginam ou têm conceitos, valores e costumes sobre as práticas de saúde, os quais confrontam com os pensamentos dos profissionais, e desta forma, a educação em saúde se dá com o encontro de dois grupos sócio-cultural-lingüísticos e psicológicos diferentes e com intenções distintas entre si. (SAWAIA, 1994)

SPINK (1991) coloca que trabalhar com medidas não farmacológicas como forma de tratamento, implica em

entender que os fatores que contribuem para a doença, os chamados fatores de risco, além de serem comportamentos adquiridos, são também “universos simbólicos que sustentam e orientam a ação no mundo social”.

Essa asserção nos mostra a complexidade do assunto. Na educação em saúde, as orientações voltam-se para mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos, e, muitas vezes, esses são tratados simplesmente como a causa da doença, dissociando-se do contexto psico-sociohistórico do indivíduo.

A vinculação social e a relação do indivíduo com os demais e com o ambiente determinam as necessidades, moldam a visão de mundo e orientam os sujeitos para a vida. Trabalhar com portadores de doença crônica implica, antes de tudo, trabalhar com as “diferenças” que fazem das pessoas um ser único, com compreensão e expectativa individualizada sobre sua condição clínica.

Baseados nesse fato, vários autores têm abordado a necessidade de conhecer o que os sujeitos apreendem de seu meio ambiente capaz de permear seu cotidiano, seu comportamento. Enfocam alguns aspectos psicossociais que influenciam nos comportamentos de saúde, como a compreensão da causa, natureza e consequência da doença, bem como da terapêutica, as crenças e os valores, e as atitudes frente ao binômio saúde-doença. Citam, ainda, que esses aspectos influenciam no tipo de resposta emitida pelo sujeito e fornecem dicas para estabelecer estratégias para a promoção da saúde. (HYMOVICH, 1992, SAWAIA, 1994, SILVA, 1989)

Nos primeiros pensamentos, no início do século 20, o homem encontrava-se em uma posição passiva frente aos estímulos externos. A partir dos anos 60, ocorre a primeira transformação, com estudos mostrando que as ações do indivíduo eram resultado de sua percepção e da interação com o meio, ou seja, pautadas na capacidade de processar a informação por meio de um processo seletivo, resultante da interação homem-meio.

Toda ação é influenciada por uma cadeia complexa de eventos operando em dois níveis, que se relacionam de forma dinâmica. Um nível externo, social (sociedade, grupo social específico, interações, costumes) capaz de produzir diferentes estímulos, e um interno, individual, psicológico. Desta forma, as ações são influenciadas por eventos externos após serem percebidas e avaliadas pelo indivíduo, passando o subjetivo a ser relevante na mediação do comportamento. (MONTERO, 1994)

O processo psicossocial tem a intenção de compreender e explicar a maneira pela qual os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos são influenciados pela presença dos demais. É uma forma de explicar as ações humanas, recorrendo às relações dos sujeitos com outras pessoas ou grupos, pois toda ação humana é social (ALLPORT, apud MARTIN-BARÓ, 1983). Os processos psicossociais interferem na formação dos sujeitos, constituindo não só valores, mas sistemas de orientação para a vida, os quais atuam, dentre outros, na

forma de enfrentamento da doença, na realização e na manipulação das ações de saúde.

Psicossocial, aqui, fica entendido como a subjetividade do indivíduo que se materializa em ação. É a emoção, a afetividade, a motivação, a consciência, os valores e os códigos morais determinando a conduta dos indivíduos.

Os indivíduos têm um papel ativo em seu tratamento, quando pensamos nas doenças crônicas. Eles são capazes de fazer escolhas sobre sua condição e compreender o que o indivíduo faz, pensa, sente e como se relaciona, contribui para com a educação em saúde, por possibilitar estratégias de intervenção voltadas para a realidade, não só objetiva, mas também a realidade subjetiva dos sujeitos. Além do mais, proporcionar formas de tratamento direcionadas para o homem e não para a doença, aumenta as possibilidades de mudança de comportamento, considerando que serão eles que efetuarão as ações de saúde necessárias para o controle da doença, e, portanto, deverão encontrar alternativas para melhorar suas condições de vida, as quais interferem no binômio saúde-doença.

Em segundo lugar, o levantamento desses aspectos nos possibilita compreender o indivíduo, desfazendo a dicotomia em que o corpo e a mente não apresentam relação entre si. O modelo médico tem influenciado as atividades dos profissionais de saúde com sua tendência a supervalorizar a localização do mal no corpo. Os tratamentos propostos, incluindo-se, também, os programas de saúde, estão voltados para grupos de indivíduos que apresentam, em comum, uma mesma anormalidade no corpo, ou seja, a pressão alta; o pâncreas que produz pouca ou nenhuma insulina, e outros, desconsiderando-se que todas as influências advindas do ambiente contribuem para a formação do indivíduo e interferem nas respostas por eles emitidas.

Por fim, deve ser considerada a dificuldade de os indivíduos conviverem com os problemas e frustrações do cotidiano, no sentido de oferecer-se um processo comunicativo ajustado às necessidades do cliente, ou seja, que os profissionais os auxiliem a enfrentarem as vicissitudes da vida e a reorganizarem suas emoções. Segundo RABELO apud SILVA (1989), “a simples informação, o conhecimento científico não é suficiente para provocar mudanças em nível comportamental. Só se mudam as atitudes, as práticas das pessoas se lhes dermos condições de modificar seu ambiente, suas relações com o meio”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão de doença que tem predominado em nossa sociedade é a ontológica. É uma tendência para direcionar a prática dos profissionais de saúde, localizando o mal no corpo e tratando a doença em si, as lesões e os sintomas. Com isso, o “homem” no qual se encontra a doença e que se relaciona com vários outros sistemas - fisiológicos, psicológicos e sociais - não se torna o foco de atenção do cuidado do profissional. (LAPLANTINE, 1983)

Desenvolver assistência somente dentro desse

modelo, empobrece as possibilidades de intervenção, pois desconsidera a história de vida dos sujeitos e os mediadores emocionais envolvidos na ação. É, ainda, um modelo que, por privilegiar a doença, não atende aos quesitos necessários quando há necessidade de manutenção dos comportamentos voltados para a saúde, sejam eles com a intenção de evitar doenças ou para que elas não avancem.

No campo biológico, todos os indivíduos são iguais, mas serão justamente as diferenças individuais, psicológicas e outras que irão determinar a especificidade da abordagem terapêutica, quando se pretende mudar comportamentos em saúde-doença.

Trabalhar com mudanças de comportamento implica entender a forma pela qual o indivíduo percebe seu ambiente (família, amigos, trabalho), a capacidade e a expectativa que apresenta em realizar um comportamento, a maneira que avalia o comportamento, quais os reforços obtidos ao realizá-lo, qual a experiência do indivíduo em vivenciar determinado comportamento em seu ambiente, quais as estratégias utilizadas pelos sujeitos para negociar com as condições emocionais, dentre outros. (LAPLANTINE, 1983)

Para se trabalhar com o portador de doença crônica, que tem a necessidade de contato com o profissional de saúde por longo tempo, e de promoção de comportamentos que favoreçam a condição clínica, a educação em saúde deve vislumbrar técnicas que envolvam componentes cognitivos, comportamentais, motivacionais e de reforço, ou seja, um processo educativo que, leve em consideração:

a) as crenças, o significado atribuído à saúde-doença, a experiência e condições de vida dos sujeitos, o que permite uma maior proximidade do profissional com o universo do cliente;

b) uma interação que vise a participação dos usuários nas decisões, objetivos e nas metas de intervenção, proporcionando meios para que os sujeitos sejam os transformadores de sua condição de saúde;

c) a importância de os profissionais de saúde oferecerem suporte emocional à clientela atendida, auxiliando na reorganização das emoções e encorajando os indivíduos a participarem da resolução de seus problemas;

d) o envolvimento da família no tratamento como forma de ampliar o suporte oferecido aos sujeitos, e para que ela possa ser um facilitador e reforçador dos comportamentos de saúde, além dela própria aprender e generalizar o conhecimento, passando, assim, a ser um agente multiplicador de saúde;

e) o estabelecimento de formas alternativas de tratamento, procurando atender as necessidades dos sujeitos, de acordo com sua condição de vida.

ABSTRACT: This is a descriptive study that approach

the chronic diseases characteristics and the need of their carriers to participate actively in their treatment, modifying their behaviors. Considering the complexity of behaviors, we suggest that health professionals work with health education utilizing a psychosocial perspective in order to allow intervention plans directed both to the objective and subjective realities, thus meeting the individual real needs.

KEY WORDS: Chronic disease; Health education; Nursing; Social support.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle da Hipertensão Arterial:** uma proposta de integração ensino serviço. Rio de Janeiro: CDCV/ NUTES, 1993.
2. GIORGI, D. M. A. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhora. **Rev. Bras. Med. (cardiologia)**, v. 14, n. 4, p. 167-176, 1985.
3. GLANZ, K., LEWIS, F. M., RIMER, B. K. **Health behavior and health education:** theory, research and practice. San Francisco: Jossey - Bass, 1990.
4. HYMOVICH, D. P, HAGOPIAN, G. A. **Chronic illness in children and adults:** a psychosocial approach. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992.
5. KALS, S. V., COOB, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. **Arch. Environ. Health**, Washington, v. 12, p. 531-541. 1966.
6. LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.
7. MARTIN - BARÓ, I. **Acción y ideología:** psicología social desde centroamérica. El Salvador, UCA, 1983. cap. 1, p. 1-51: Entre el individuo y la sociedad.
8. MONTERO, M. (Coord.). **Construcción y crítica de la psicología social.** Barcelona: Anthropos, 1994.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención primaria de la hipertension esencial**, Genebra, 1983. p. 5-46. Série de informes técnicos 686.
10. SAWAIA, B. B. Análise psicosocial do processo saúde - doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 105-110, 1994.
11. SILVA, I. S. da. **Hipertensão:** conhecimentos e práticas do paciente. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
12. SINGER, P., CAMPOS, O., OLIVEIRA, M. E. **Prevenir e curar:** o controle social através dos serviços de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
13. SPINK, M. P. A representação da saúde/ doença como mediação do comportamento de risco na hipertensão arterial essencial. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 21, Ribeirão Preto, 1995. **Anais.** Ribeirão Preto, Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1991. p. 117-123.
14. TAYLOR, S. E. **Health Psychology.** New York: Random House, 1986. p. 528.

Endereço da autora:
Av. Marechal Campos, 1468
29040-090 - Vitória - ES