

A ADESÃO AOS REGIMES DE TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Maria da Graça Pereira

Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho

Resumo – *A questão da adesão aos regimes de tratamento tem sido abordada frequentemente numa perspectiva biomédica pelos profissionais de saúde. O presente artigo aborda a adesão aos regimes de tratamento numa perspectiva biopsicossocial relacionando a questão da não-adesão com a questão da somatização sendo ambas as problemáticas concebidas como pólos opostos dum mesmo continuum. É também apresentado em detalhe um dos modelos descritos na literatura, para lidar com o problema de não-adesão que representa com acuidade o paradigma biopsicossocial. Depois duma revisão da literatura sobre estas questões e utilizando a noção do Script Familiar e a tipologia de Bloch, o autor levanta uma série de hipóteses em relação às famílias que estariam mais vocacionadas para desenvolver um problema de somatização e as que teriam mais dificuldade em aderir aos regimes de tratamento.*

PALAVRAS-CHAVE: Adesão ao tratamento médico; Somatização; Modelos
KEY WORDS: Compliance; Somatization; Models

INTRODUÇÃO

A questão da adesão aos regimes de tratamento é um problema que afecta os profissionais de saúde e que está presente em qualquer área de tratamento médico. Em 1979, numa revisão da literatura que envolveu 500 estudos, Haynes et al., verificaram que 20% a 60% dos doentes que usavam os serviços de saúde não aderiam ao tratamento médico.

A adesão ao tratamento médico é definida, no modelo biomédico, como uma extensão do comportamento do indivíduo (e.g. tomar a medicação prescrita, efectuar mudanças de estilo de vida, fazer monitorização da condição médica) que vai no sentido aconselhado pelo médico (Haynes et al., 1979). Contudo, até à data todas as tentativas para identificar traços de

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Maria da Graça Pereira, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga, Portugal. Telefone: 053-604241; Fax: 053-678987.

personalidade ou características demográficas relacionadas com a não-adesão médica não foram bem sucedidas.

Na perspectiva biopsicossocial, o foco da não-adesão é alargado duma perspectiva individual para uma perspectiva sistémica. Isto significa que a questão da não-adesão passa a ter um significado interacional em vez de ser uma etiqueta pejorativa colocada no paciente. Segundo este modelo, a questão da adesão aos regimes de tratamento situa-se na interface entre o paciente, a família e o médico (Doherty & Baird, 1983) em vez de ser uma característica do paciente, família ou profissional de saúde. Por outras palavras, é como se existisse um processo de negociação na construção da realidade entre paciente, família e profissional de saúde na produção do fenómeno da não-adesão médica.

REVISÃO DA LITERATURA

Stelzer (1991) quando se debruçou sobre as questões da adesão ao regime de tratamento médico em crianças e adolescentes encontrou, em alguns casos, conflito intersistémico não só ao nível do paciente e profissional de saúde, mas também entre o paciente e a família e no interior da própria equipa médica que tratava da criança. Por isso, sugeriu que a própria equipa médica pudesse ser também ela um elemento instrumental no problema da não-adesão médica.

Harkaway & Madsen (1989) e Madsen (1989) decidiram adoptar o termo 'dificuldades de tratamento' ou 'tratamento problemático' para se referir ao problema da não-adesão uma vez que o concebem ao nível das crenças conflituais dos sistemas envolvidos. Concretamente, Madsen (1992) enfatizou a importância da interacção entre as crenças dos profissionais de saúde com as da família e com as do doente em relação à condição médica deste último bem como os papéis desempenhados pela família e pelo profissional de saúde no surgimento do problema da não-adesão médica. Num estudo qualitativo em nove situações de 'dificuldades de tratamento', Madsen encontrou dois grupos de pacientes: um grupo que não definia a sua condição médica como um problema e um outro grupo que acreditava que a sua condição médica era um problema mas que não tinha controlo sobre a situação. Ao nível dos profissionais de saúde, encontrou apenas um grupo que se caracterizava por acreditar que a condição médica do paciente era um problema e que o paciente podia exercer controlo sobre ele. Finalmente, ao nível da família, a resposta do cônjuge do paciente era semelhante e paralela aquela apresentada pelo profissional de saúde. Este estudo permitiu compreender a necessidade de se mudar a questão: "Porque é que este paciente não adere ao regime médico? para "Como é que este comportamento faz sentido?"

Ao nível dos profissionais de saúde, Madsen sugere a necessidade de passar da confrontação directa sobre a forma como o paciente não está a lidar com o seu problema médico para a ajuda sob a forma como o paciente pode confrontar os factores que estão na base do manejo efectivo da sua condição médica. Neste sentido, concebeu um modelo de colaboração ao nível da consultadoria (Pereira, 1996) entre o profissional de saúde e o profissional psicossocial que apresentaremos de seguida.

Modelo Colaborativo de Avaliação da Não-Adesão Médica

Crenças acerca do Problema

- Quem na família pensa ou não pensa que o paciente tem um problema?
- Quem está mais preocupado?
- Quem na família pensa que a preocupação acerca do problema é exagerada?
- O que é que o paciente pensa sobre a causa do seu problema?
- O que pensam os pais sobre o motivo porque de todos os filhos o paciente foi quem desenvolveu aquele problema?
- Quem mais na família tem um problema similar?

Crenças acerca do Tratamento

- O que é que o paciente já tentou fazer para lidar com o problema?
- Que resultados obteve?
- O que é que o paciente pensa ser o tratamento apropriado?
- Se o tratamento não resultar o que pensa o paciente fazer?
- Quem na família ficaria mais e menos surpreendido se o tratamento resultasse?

Crenças acerca do Papel do Profissional de Saúde

- Quem o paciente pensa ser a melhor pessoa para lidar com o seu problema médico?
- O que aconteceria se discordasse do médico ou enfermeira acerca das instruções dadas?
- O que faria se tivesse que lidar com o problema sozinho?
- Qual é a experiência anterior do paciente com profissionais de saúde?
- Quem na família confia e desconfia dos profissionais de saúde?

Crenças acerca do Papel da Família

- Quem na família é mais responsável pelo problema?
- Quem na família é o "especialista" médico?
- Quem se sente culpado pelo problema e por quem?

Outras Sequências Interacionais

- O que fazem os outros membros da família para ajudar o paciente?
- Como é que este responde? Essa ajuda torna o manejo do problema mais fácil ou difícil?
- Quem tem o controle do problema?
- O que fez ou faz essa pessoa acerca do problema?

Processo de Referência

- De quem foi a ideia de referência?
- Quem na família concordou ou discordou com ela?
- Quem ficou mais surpreendido?
- Se o paciente não tivesse sido referido, o que teria acontecido e o que teria feito?

Figura 1 - Modelo colaborativo de avaliação da não adesão médica

Vários outros modelos têm sido propostos na literatura. A nossa selecção deve-se ao facto deste nos parecer ser, por um lado, de mais fácil implementação num contexto hospitalar/clinico e por outro, por se debruçar directamente sobre as crenças familiares do paciente contribuindo assim para uma análise da importância da cultura do doente em relação à sua condição médica que consideramos crucial na questão da não-adesão ao tratamento médico.

Como se trata dum modelo geral, cabe ao profissional da saúde seleccionar dentro do próprio modelo os aspectos que se adaptam ao seu doente. É de salientar o facto do modelo incluir o processo de referencia como um dos aspectos a ser tido em consideração pois foi conceptualizado em termos de colaboração entre profissionais de saúde e profissionais psicossociais. Não queríamos deixar de citar, nesta revisão da literatura, apenas mais dois modelos por serem também eles genuinamente biopsicossociais e colaborativos na sua essência. Estão neste caso o modelo de Stein e Pontious (1985) que é um modelo clínico etnográfico que permite ao profissional de saúde "mudar" o comportamento do paciente inquirindo sobre o seu meio social de forma a melhor perceber o que se passa com este e assim influenciar os resultados médicos e, o modelo de Rissman e Rissman (1987) que requer colaboração entre o profissional psicossocial e o profissional de saúde ao nível da referencia limitada (Pereira, 1996) em lidar com as questões de não-adesão médica.

Em qualquer dos modelos mencionados, a aplicação do modelo biopsicossocial à problemática da não-adesão médica fornece ao profissional de saúde enormes possibilidades de colaboração com os profissionais psicossociais numa forma que parece trazer resultados muito promissores. Contudo, não podemos deixar de referir que normalmente a colaboração do profissional de saúde com o profissional psicossocial é requisitada pelo primeiro quando o paciente manifesta ou manifestou comportamentos de não-adesão. Torna-se assim pertinente questionar se a problemática da não-adesão ao tratamento médico se tornaria menos um problema se os dois tipos de profissionais colaborassem mais de perto desde o início com o paciente mesmo ao nível da avaliação e do diagnóstico.

ADESÃO VERSUS SOMATIZAÇÃO

Se se conceber o problema da não-adesão ao regime médico num pólo definido por um continuum, a autora propõe que a questão da somatização se situe no pólo oposto. O problema da não-adesão e o da somatização surgem assim como pólos extremos dum mesmo continuum:

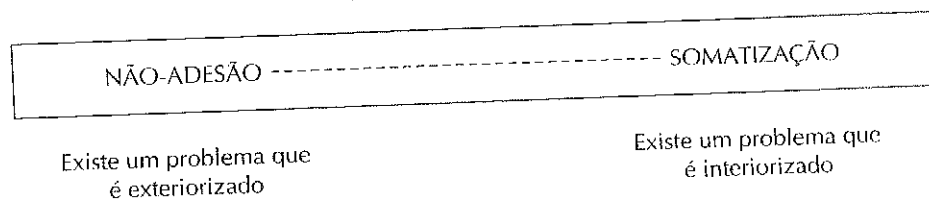


Figura 2 - Continuum somatização versus não adesão médica

Tal como a não-adesão ao tratamento médico, o problema da somatização constituiu também ele um desafio para qualquer profissional de saúde. Ford (1990) descreve o fenómeno de somatização como se o doente e o médico falassem duas línguas diferentes. Pacientes que somatizam tem uma taxa de 50% superior em visitas médicas, diagnósticos e em custos quando comparados com um grupo controle (deGruy, Columbia & Dickinson, 1987). De facto, 60% dos doentes que visitam médicos de família apresentam queixas somáticas que são uma expressão de factores psicossociais (Cummings & Vandebos, 1981). Por esse motivo, torna-se imperioso saber porque é que nalgumas famílias alguns membros somatizam e noutras isso não acontece.

A nosso ver, o problema da somatização não é muito diferente do problema da não-adesão. Enquanto que no primeiro caso, o problema é introjectado manifestando-se sob a forma do sintoma, no segundo caso o doente projecta o problema sob a forma de resistência. O autor acredita que as crenças do doente, em relação ao seu problema médico e à função do sintoma, estão também elas na base do problema da somatização. Daí a similaridade entre as duas problemáticas referidas.

“SCRIPT” FAMILIAR

As crenças do indivíduo em relação à doença que compõem o “script” familiar incluem o sistema de crenças acerca dos papéis e as relações e valores partilhados pelo paciente e família que no seu conjunto constituem a identidade da família. Estas mensagens ou crenças definem a estrutura reguladora da família e constituem o seu centro organizador (Steinglass, 1987). No domínio da saúde, estas mensagens relacionam-se directamente com: 1) locus de controle, 2) forma como o paciente e família definem a etiologia do problema, 3) experiência anterior em lidar com a doença 4) crenças étnicas, culturais e religiosas do paciente (Rolland, 1987). É este “script” familiar que muitas vezes é passado integralmente de geração em geração e que explica, em nossa opinião, o motivo porque certas pessoas são recrutadas em determinadas posições na família.

Tendo em consideração duas dimensões: 1) a preparação do sistema familiar para o surgimento da doença e 2) o surgimento real da doença e os quatro tipos familiares definidos pelo cruzamento destas duas dimensões (Bloch, 1983), propomos distinguir hipoteticamente aquelas famílias que terão mais facilidade em somatizar daquelas que terão mais dificuldade em aderir ao tratamento médico em nossa opinião. Por preparação do sistema familiar referimo-nos à definição intergeracional de papéis que caracteriza não só o papel de “doente” mas também o papel de “quem cuida dele” e que determina a recruta dos indivíduos na família para tais posições assim que surge uma primeira oportunidade.

Surgimento da doença	Preparação da Família	
	Não	Sim
Sim	Famílias que se distribuem num continuum adaptativo em função dos mecanismos de coping que possuem em lidar com a doença	Famílias que Somatizam
Não	Famílias que não são foco de atenção clínica	Famílias Psicossomáticas

Figura 3 - Tipologia familiar

Com base neste modelo, seriam as famílias com mecanismos de coping em lidar com a doença, que possuem graus variados de recursos pessoais, familiares e comunitários e em que o sistema familiar não está preparado para a doença, as que teriam maior facilidade em aderir ao tratamento médico. Em contrapartida, as famílias psicossomáticas, seriam caracterizadas pelo facto do sistema familiar estar preparado para a doença mas esta não surgir, levando a família muitas vezes a "inventar" uma. Esta necessidade, em nosso entender, pode interferir com o tratamento médico levando estas famílias a terem mais problemas de adesão médica.

Evidentemente que aquelas famílias em que não existe preparação do sistema familiar e a doença não surge não são foco de atenção clínica e talvez por isso poucos estudos se fizeram sobre elas. Seria contudo importante averiguar o que distingue estas famílias das anteriores. Teoricamente, construtos como sentido de coerência, locus de controle, auto-estima, entre outros, podem ser instrumentais nessas famílias e deveriam por isso ser investigados. Finalmente, seria importante nas famílias que somatizam, ou seja, naquelas em que o sistema familiar está preparado para a doença e esta surge, identificar os factores do sistema responsáveis pela "preparação" da família para a doença (i.e. a necessidade do sintoma) de forma a prevenir o surgimento de sintomatologia.

CONCLUSÃO

Obviamente que são necessários estudos para testar as hipóteses levantadas pela autora. Contudo, não queríamos deixar de realçar a importância dos profissionais de saúde incluírem na sua avaliação e diagnóstico, a história cultural do indivíduo/família bem como enfatizar a importância da monitorização da relação médico-paciente para que problemas de não-adesão e somatização possam ser identificados desde o início da relação pois acreditamos que é ao nível intersistêmico que as soluções para estes problemas surgirão.

REFERÊNCIAS

- Bloch, D. A. (1983). Etiology: On needing the disease one gets. *Family Systems Medicine*, 1 (4), 3-5.
- Cummings, N. & Vandebos G. (1989). The twenty year Kaiser-permanent experience with psychotherapy and medical utilization: Implications for national health policy and national health insurance. *Health Policy Quarterly*, 1, 159-175
- deGruy, F., Columbia, L. & Dickinson, P. (1987). Somatization Disorder in a family practice. *The Journal of Family Practice*, 25, 45-51.
- Doherty, W. J & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine: Toward the primary care of families*. New York: Guilford Press.
- Ford, C. V. (1990). *The somatoform disorders*. In J. L. Houpt & H. K. Brodie (Eds), Consultation-liaison psychiatry and behavioral medicine. New York Basic Books.
- Harkaway, J. E. & Madsen, W. C. (1989). A systemic approach to medical noncompliance: The case of chronic obesity. *Family Systems Medicine*, 7 (1), 42-65.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (Eds) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Madsen, W. C. (1992). Problematic treatment: Interaction of patient, spouse, and physician beliefs in medical noncompliance. *Family Systems Medicine*, 10(4), 365-383.
- Pereira, M. G. (1996). O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 2/3, Série xiv, 357-361.
- Rissman, R. & Rissman, B. Z. (1987). Compliance. *Family Systems Medicine*, 5 (4), 446-467.
- Rolland, J. (1984). Toward a psychosocial typology of chronic and life threatening illness. *Family Systems Medicine*, 2(3), 245-262.
- Stein, H. F. & Pontious, J. M. (1985). Family and beyond: The larger context of noncompliance. *Family Systems Medicine*, 10, (3), 293-304.
- Steinglass, P. (1987). *The alcoholic family*. New York. Basic Books, Inc. Publishers.
- Stelzer, J. (1982). *Family medicine as counter culture*. In G. Stephens, The intellectual basis of family practice. Tucson: Winter Publishing Company.

COMPLIANCE WITH MEDICAL TREATMENT IN THE PERSPECTIVE OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

ABSTRACT

Compliance with medical treatment has been conceptualized by health professionals in biomedical terms. This article focuses on the bio-psychosocial perspective of noncompliance and relates it with the problem of somatization presenting both problematics as opposite poles in a continuum. A detailed model to deal with noncompliance illustrating the biopsychosocial perspective is presented. Following a review of the literature and using the notions of family script and Bloch's typology, the author raises several hypotheses regarding families that are more likely to somatize and those that are more likely to adhere to medical treatment.