

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFRN**

LUCIANE PAULA BATISTA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**A PESSOA IDOSA CONTROLANDO SUA SITUAÇÃO DE
SAÚDE/DOENÇA COM O USO DE MEDICAMENTOS**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira

**A PESSOA IDOSA CONTROLANDO SUA SITUAÇÃO DE
SAÚDE/DOENÇA COM O USO DE MEDICAMENTOS**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Luciane Paula Batista Araújo de
A pessoa idosa controlando sua situação de saúde/doença
com o uso de medicamentos / Luciane Paula Batista Araújo
de Oliveira ; orientadora, Silvia Maria Azevedo dos Santos
- Florianópolis, SC, 2015.
225 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Uso de medicamentos. 3. Saúde do
idoso. 4. Atenção primária à saúde. I. Santos, Silvia Maria
Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LUCIANE PAULA BATISTA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**A PESSOA IDOSA CONTROLANDO SUA SITUAÇÃO DE
SAÚDE/DOENÇA COM O USO DE MEDICAMENTOS**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca
examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

Aprovada em sua versão final em 08 de junho de
2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade
Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em
Enfermagem, área de concentração Filosofia e Cuidado em
Enfermagem e Saúde.



Prof. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos – Presidente




Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (PEN/UFSC)



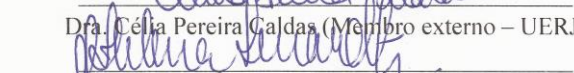
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (PEN/UFSC)



Dra. Angela Maria Alvarez (PEN/UFSC)



Dra. Célia Pereira Caldas (Membro externo – UERJ)



Dra. Maria Helena Lenardt (Membro externo – UFPR)

Aos idosos da cidade de Santa Cruz/RN, especialmente àqueles que participaram desse estudo, abrindo as portas de suas próprias casas e me recebendo com todo o carinho e atenção. Estar com vocês é sempre uma alegria e nosso convívio ao longo desses anos, seja nos serviços de saúde ou nos grupos de convivência, me estimula a querer ser uma profissional mais competente para atendê-los, e me inspira a querer tornar-me uma pessoa melhor!

A eles dedico, com muito carinho, a realização desse estudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização do presente estudo. Em especial, gostaria de agradecer:

Aos meus pais, **Edmilson e Dulcinéa**, por serem tão presentes em todas as fases da minha vida, dando todo o apoio necessário sempre com muito amor, e aos meus irmãos, **Ylka e Italo**, pela alegria da convivência, amor e companheirismo. À minha sobrinha **Laura**, que em meio a esse momento de tantas sobrecargas, renovou a felicidade em nossa família!

Ao meu noivo, **Ubiratan Damasceno**, por me apoiar e entender minhas ausências nesse momento. Agradeço também aos seus pais, irmãos, cunhadas e sobrinhos que me acolheram com muito carinho na família e sempre proporcionaram momentos felizes.

À minha orientadora, **Sílvia M^a Azevedo dos Santos**, um verdadeiro presente nesse doutorado! Admiro sua competência profissional, integridade, bom humor e tantas outras virtudes. Agradeço por ter tido a oportunidade da convivência e ensinamentos!

Aos amigos que a vida me proporcionou, em especial àqueles que além de me fazerem sorrir também me ajudaram esclarecendo dúvidas e compartilhando seus conhecimentos! Em especial agradeço à **Wanessa Barros, Djailson Delgado, Kátia Ribeiro, Cristiane Melo, Sheila Saint Clair, Elisângela Franco, Anna Cecília e José Jailson**.

Aos colegas da turma **Dinter UFSC/UFRN** e do **GESPI**, pelos bons momentos de convivência e aprendizagem e aos **docentes do PEN/UFSC**, pessoas competentes e admiráveis, fonte de inspiração para todos nós! Aos **membros da banca examinadora** que aceitaram o convite para participar desse momento tão especial e compartilhar seus conhecimentos.

Aos **profissionais da cidade de Santa Cruz/RN**, que sempre abriram as portas dos serviços de saúde de forma acolhedora, permitindo não só a realização desse estudo, como também o desenvolvimento de muitas outras ações da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

À Prof^a Dra. **Rejane Menezes**, minha orientadora na graduação e mestrado, grande incentivadora dos estudos e ações voltadas à saúde do idoso no Rio Grande do Norte. Agradeço por ter me guiado no início da vida acadêmica e por compartilhar cada vitória!

Aos demais amigos e familiares que a vida me deu. Graças a Deus, são tão numerosos que não conseguiria citar todos aqui individualmente e com todos os adjetivos que merecem! Peço desculpas pelas minhas ausências e agradeço pelo carinho e companheirismo!

Agradeço a Deus por proporcionar a alegria de viver entre tantas pessoas queridas e guiar cada passo da minha vida. Muitas vezes o conforto pela oração era o recurso buscado, e só posso ser grata pelas verdadeiras bênçãos que tenho recebido, na forma de momentos felizes, realizações ou, simplesmente, pela presença constante de pessoas tão amadas!

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de. **A pessoa idosa controlando sua situação de saúde/doença com o uso de medicamentos**. 2015. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos compreender o uso de medicamentos pelo idoso residente em área adscrita à Estratégia Saúde da Família, no Município de Santa Cruz/RN, construindo um modelo paradigmático; identificar o tratamento medicamentoso utilizado pelos idosos pesquisados; averiguar o uso concomitante de outros tratamentos realizados pelos idosos pesquisados; conhecer o significado do uso de medicamentos para os idosos pesquisados. Estudo qualitativo, cujo referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A pesquisa foi desenvolvida em Santa Cruz/RN, em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como participantes 30 idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, e fazer uso de medicamentos por pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles que apresentaram declínio cognitivo avaliado mediante aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM). As entrevistas, do tipo semiestruturada, aconteceram no domicílio dos idosos e foram audiogravadas; para compor a amostragem teórica, adotamos a técnica de bola de neve. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012 e a coleta de dados somente foi iniciada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 412.476/2013). A coleta de dados aconteceu de outubro de 2013 a junho de 2014, concomitantemente à transcrição das entrevistas e pré-análise do material. Os dados foram submetidos à codificação aberta, axial e seletiva, de acordo com Strauss e Corbin (2008), tendo como suporte o uso do software ATLAS ti versão 7.1.8. A codificação resultou na construção de um esquema paradigmático composto por nove categorias que exerciam as funções de condições causais, interventoras e contextuais, ações/interações e consequências no modelo, além do fenômeno representado pela categoria central *Cuidando de uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos*. Foram elaborados três manuscritos que agruparam as categorias e respectivas subcategorias da seguinte maneira: Manuscrito 1 – aborda as categorias *Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária* e *Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o*

uso de medicamentos, que correspondem às ações/interações e condição causal do modelo; Manuscrito 2 – aborda as condições contextuais *Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé* e *Interagindo com a rede de apoio*; Manuscrito 3 – aborda as condições interventoras *Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos*; e *Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos*. Como resultado das ações/interações ou da falha dos participantes em respondê-las ou administrá-las, surgiram as consequências apresentadas no modelo paradigmático pelas categorias: *Deixando de usar os remédios*, *Necessitando de mudança no tratamento medicamentoso* e *Seguindo o tratamento medicamentoso*. A teoria substantiva construída – ilustrada pelo esquema paradigmático – possui poder explanatório para comunicar-se e aplicar-se à população estudada e à outros grupos que guardem semelhança com essas pessoas, a saber, idosos em tratamento medicamentoso contínuo, com doenças crônicas e atendidos na ESF.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de. **The elderly controlling their health/disease situation with drug utilization.** 2015. 225p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to comprehend the drug utilization by elderly resident in the area ascribed to the Family Health Strategy in the city of Santa Cruz / RN, building a paradigmatic model; identify the drug treatment used by the surveyed elderly; ascertain the concomitant use of other treatments performed by the surveyed elderly; know the meaning of medication use for seniors surveyed. Qualitative study, which methodological reference was the Grounded Theory (GT). The research was conducted in Santa Cruz / RN, in areas covered by the Family Health Strategy, with 30 elderly participants who met the following inclusion criteria: be 60 years or older, and make use of medicines by at least six months. Were excluded those with cognitive decline assessed by applying the Mini Mental State Examination (MMSE). The semi-structured interviews happened in the homes of the elderly and were audio recorded; to compose the theoretical sampling, we adopted the snowball technique. The ethical principles of Resolution CNS No 466/2012 and the data collection was initiated only with the approval of the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (Technical Opinion No. 412,476/2013). Data collection took place from October of 2013 to June of 2014, concurrently with the transcription of the interviews and pre-analysis of the material. The data were submitted to open coding, axial and selective, according to Strauss and Corbin (2008), supported by the use of the software ATLAS ti version 7.1.8. The encoding resulted in the construction of a paradigmatic scheme consisting of nine categories that exercised the functions of causal, intervening and contextual conditions, actions/interactions and effects in the model, plus the phenomenon represented by the central category Caring for a health/ disease condition and life with the use of medications. Were prepared three manuscripts that grouped the categories and sub-categories as follows: Manuscript 1 - covers the categories *Seeking strategies to deal with medicament use in daily life* and *Controlling a health/disease condition and life with the use of medicaments*, that correspond to the actions/interactions and causal condition of the model; Manuscript 2 - deals with the contextual conditions *Combining the use of medicaments, teas, home remedies and*

faith and *Interacting with the support network*; Manuscript 3 - deals with the intervening conditions *Dealing with forms of acquisition of medicaments*; and *Realizing the good and bad effects of medicaments*. As a result of actions/interactions or failure of participants in answering them or managing them, emerged the consequences presented in the paradigmatic model by categories: *Leaving to use the medicaments*, *Needing change in medicament treatment* and *Following the medicament treatment*. The constructed substantive theory - illustrated by paradigmatic scheme - has explanatory power to communicate and be applied to the population studied and other groups that keep similarity with these people, who are the elderly in continuous medicament treatment, with chronic diseases and treated at Family Health Strategy.

Keywords: Medicament utilization. Health of the elderly. Primary health care. Nursing. Drug utilization.

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de. **El anciano controlando su situación salud/enfermedad con el utilización de medicamentos.** 2015. 225. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos entender la utilización de medicamentos por parte de ancianos residentes en el área adscrita a la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Santa Cruz/RN, comenzando de la construcción de un modelo paradigmático; identificar el tratamiento medicamentoso utilizado por los ancianos investigados; averiguar el uso concomitante de otros tratamientos realizados por los ancianos investigados; conocer el significado del uso de medicamentos para los ancianos investigados. Estudio cualitativo, cuyo referencial metodológico fue la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). La investigación fue desarrollada en Santa Cruz/RN, en áreas cubiertas por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), teniendo como participantes 30 ancianos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tener 60 años o más de edad y hacer uso de medicamentos por lo menos seis meses. Fueron excluidos aquellos que presentaron declino cognitivo evaluado mediante La aplicación del Mini examen de Estado Mental (MEEM). Las entrevistas, de tipo semiestructuradas, acontecieron en el domicilio de los ancianos y fueron grabadas en audio; para componer la muestra teórica, adoptamos la técnica de bola de nieve. Fueron respetados los preceptos éticos de la Resolución CNS n° 466/2012 y la colecta de datos solamente fue iniciada mediante aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina (Parecer n° 412.476/2013). La colecta de datos aconteció de octubre de 2013 a junio de 2014, concomitantemente a la transcripción de las entrevistas y pre- análisis del material. Los datos fueron sometidos a la codificación abierta, axial y selectiva, de acuerdo con Strauss y Corbin (2008), teniendo como soporte el uso del software ATLAS ti versión 7.1.8. La codificación resultó en la construcción de un esquema paradigmático compuesto por nueve categorías que ejercían las funciones de condiciones causales, interventoras y contextuales, acciones/interacciones y consecuencias en el modelo, además del fenómeno representado por la categoría central *Cuidando de una situación de salud/enfermedad y de vida con el uso de medicamentos*. Fueron elaborados tres manuscritos que agruparon las categorías y respectivas subcategorías de la siguiente manera: Manuscrito 1 – aborda

las categorías *Buscando estrategias para lidiar con el uso de medicamentos en la vida diaria* y *Controlando una situación de salud/enfermedad y de vida con el uso de medicamentos*, que corresponden a las acciones/interacciones y condición causal del modelo; Manuscrito 2 – aborda las condiciones contextuales *Conciliando el uso de medicamentos, tés, remedios caseros y fe* e *Interactuando con la red de apoyo*; Manuscrito 3 – aborda las condiciones interventoras *Lidiando con las formas de adquisición de los medicamentos*; y *Percibiendo los efectos buenos y adversos de los medicamentos*. Como resultado de las acciones/interacciones o de la falla de los participantes en responderlas o administrarlas, surgieron las consecuencias presentadas en el modelo paradigmático por las categorías: *Dejando de usar los remedios*, *Necesitando cambios en el tratamiento medicamentoso* y *Siguiendo el tratamiento medicamentoso*. La teoría sustantiva construida – ilustrada por el esquema paradigmático – posee poder explicativo para comunicarse y aplicarse a la población estudiada y a otros grupos que se asemejen a esas personas, a saber, ancianos en tratamiento medicamentoso continuo, con enfermedades crónicas y atendidos en la ESF.

Palabras clave: Uso de medicamentos. Salud del anciano. Atención primaria a la salud. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição do número de artigos identificados nas bases Pubmed/Medline, Lilacs, BDEnf e SCOPUS, conforme descritores e limites estabelecidos.....	40
Figura 2 – Distribuição do número de artigos de acordo com o ano de publicação.....	41
Figura 3 – Distribuição do número de artigos de acordo com o país onde o estudo foi desenvolvido.....	42
Figura 4 – Mapa de possibilidades para conformação da amostragem teórica.....	62
Figura 5 – O esquema paradigmático, baseado no modelo de Strauss e Corbin (2008).....	71
Figura 6 – Códigos associados à categoria: Seguindo o tratamento medicamentoso (Consequência).....	173
Figura 7 – Lista de famílias e códigos (Atlas ti, 2015).....	211

MANUSCRITO 1

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição causal): Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos.....	87
Figura 2 – Diagrama (família): Como usar os medicamentos.....	93
Figura 3 – Diagrama da categoria (ações/interações): Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária.....	93

MANUSCRITO 2

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição contextual): Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé.....	113
Figura 2 – Diagrama da categoria (condição contextual): Interagindo com a rede de apoio (profissionais, amigos, familiares e rezadeiras).....	123

MANUSCRITO 3

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição interventora): Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos.....	143
Figura 2 – Diagrama da categoria (condição interventora): Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos.....	152

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição dos artigos conforme aspectos metodológicos mencionados.....	43
Quadro 2 –	Descrição das categorias, respectivas subcategorias e posição que ocupam no esquema paradigmático.....	69
Quadro 3 –	Caracterização dos participantes quanto a idade, sexo, religião, estado civil, ocupação e renda (em salários mínimos). Santa Cruz, RN, 2015.....	73
Quadro 4 –	Distribuição dos participantes quanto à escolaridade (em anos) e pontuação no MEEM	75
Quadro 5 –	Caracterização dos participantes quanto às doenças referidas, número de medicamentos alopáticos e remédios caseiros mencionados. Santa Cruz, RN, 2015.....	77
Quadro 6 –	Medicamentos citados pelos idosos, de acordo com a classe farmacológica e finalidade do tratamento. Santa Cruz, RN, 2015.....	213
Quadro 7 –	Remédios caseiros citados pelos idosos. Santa Cruz, RN, 2015.....	217

MANUSCRITO 2

Quadro 1 –	Definição dos termos “medicamentos”, “fitoterapia” e “plantas medicinais”, conforme utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a)	119
------------	---	-----

MANUSCRITO 3

Quadro 1 –	Medicamentos Potencialmente Inapropriados (PIM) utilizados por idosos da cidade de Santa Cruz/RN. Santa Cruz, RN, 2015.....	158
------------	---	-----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AINEs	Anti Inflamatórios Não Esteroidais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de dados em Enfermagem
BMC	Bio Med Central
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRUTAC	Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Melitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ITU	Infecção do Trato Urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PIM	Potentially Inappropriate Medications
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REUNI	Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RNM	Resultados Negativos associados à Medicamentos
SNC	Sistema Nervoso Central
STOPP & START	Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TH	Terapia Hormonal
TICs	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo geral.....	27
2.2	Objetivos específicos.....	27
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	29
3.1	Delineamento do processo de pesquisa na TFD	29
3.2	As peculiaridades do método.....	33
3.3	Habilidades necessárias ao pesquisador em estudos com TFD.....	35
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	37
4.1	Estratégias de busca.....	38
4.2	Caracterização dos estudos.....	41
4.3	Categorias temáticas acerca do uso de medicamentos.....	44
5	METODOLOGIA.....	59
5.1	Tipo de estudo.....	59
5.2	Local de estudo.....	60
5.3	Participantes.....	61
5.4	Aspectos éticos.....	63
5.5	Procedimentos de coleta de dados.....	63
5.6	Análise dos dados: o processo de codificação.....	65
6	RESULTADOS.....	67
6.1	A construção do modelo paradigmático.....	67
6.2	Caracterização dos participantes.....	72
6.3	Uso de medicamentos e remédios caseiros.....	76
6.4	Manuscritos.....	80
6.4.1	Manuscrito 1.....	81
6.4.2	Manuscrito 2.....	108
6.4.3	Manuscrito 3.....	138
6.5	Categorias referentes às consequências do fenômeno.....	167
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	175
	REFERÊNCIAS.....	183
	APENDICE A - ROTEIROS QUE DIRECIONARAM AS ENTREVISTAS.....	203
	APENDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA SOLICITANDO PERMISSÃO PARA	

REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	205
APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	207
APENDICE D - FAMÍLIAS E CÓDIGOS GERADOS COM SUORTE DO ATLAS TI.....	211
APENDICE E - LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS PELOS IDOSOS, DE ACORDO COM A CLASSE FARMACOLÓGICA E FINALIDADE DO TRATAMENTO.....	213
APENDICE F - LISTA DE REMÉDIOS CASEIROS CITADOS PELOS IDOSOS PARTICIPANTES.....	217
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	221
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSC.....	223

1 INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje o cuidado à pessoa idosa pode ser desenvolvido em diversos espaços e inclui um rol de serviços que vão além da atenção primária à saúde. Defende-se isso a partir do entendimento de que um processo de envelhecimento saudável e livre de incapacidades requer ações intersetoriais que favoreçam o acesso ao lazer, à alimentação, à prática de atividade física, boas condições de moradia, entre outros. Esses fatores são necessários para a promoção da saúde do indivíduo e devem acompanhá-lo em todas as fases da vida. Tal ideia está presente no texto de várias políticas voltadas para atenção ao idoso e, em especial, no âmbito do envelhecimento ativo, o qual defende que o envelhecimento deve ser um “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, 2005, p. 13).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”, posto que a cada ano surgem 650 mil novos idosos na população brasileira, entre os quais grande parte apresenta limitações funcionais e doenças crônicas, que perduram por anos e exigem cuidados constantes, exames periódicos e medicação contínua (VERAS, 2009).

Assim, ao passo que o envelhecimento populacional representa uma importante conquista, envolve também uma série de desafios, especialmente para os governos, profissionais e famílias envolvidas no cuidado à pessoa idosa. Nesse contexto, tem sido comum encontrar idosos com múltiplas queixas e doenças, visto que tornou-se frequente o uso paralelo e constante de vários medicamentos¹ nessa faixa etária, o que se torna um problema, tendo em vista que o risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais aumentam quando se consome um maior número de fármacos (GORZONI; PASSARELLI, 2006).

Ressalta-se, aqui, que o uso inadequado de medicamentos pode conduzir o idoso a reações adversas, interações medicamentosas e sofrimento, podendo gerar outros problemas de saúde, além do

¹ Neste estudo serão considerados “medicamentos” as substâncias ou preparações elaboradas em farmácias (medicamentos manipulados) ou indústrias (medicamentos industriais), que devem seguir determinações legais de segurança, eficácia e qualidade (ANVISA, 2010). Já o termo “remédio” está associado “a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal estar”, como, por exemplo, o repouso, as massagens e os chás com plantas medicinais (ANVISA, 2010, p.14).

comprometimento social e prejuízo financeiro (OMS, 2005; BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2010).

Cabe dizer que o uso de medicamentos constitui-se em uma epidemia entre idosos, o que pode estar associado a diversos fatores, tais como: o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) nesse segmento da população; a alta frequência da medicalização da saúde observada nos últimos cinquenta anos e impulsionada pelo poder da indústria farmacêutica; o estímulo à prescrição de medicamentos observado na formação e na prática dos profissionais da área da saúde; entre outros (SECOLI, 2010).

Garzoni e Passarelli (2006) afirmam ainda que o uso contínuo de dois ou mais medicamentos, por períodos acima de 240 dias ao ano, configura-se como polifarmácia, um fenômeno que ainda necessita de pesquisas mais amplas para que seja mais bem esclarecido. Silva et al. (2012) corroboram essa definição e afirmam também que a polifarmácia em idosos tem sido identificada como o principal fator relacionado com a segurança dos medicamentos no tocante à ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas.

A despeito das diversas definições para o termo, no presente estudo será considerada a descrição de Anthierens et al. (2010), em que polifarmácia consiste no uso de três ou mais medicamentos, situação preocupante, especialmente quando praticada por idosos. Segundo Secoli (2010), a polifarmácia aumentou de modo importante nos últimos anos, e as consequências dessa prática tem impacto tanto no âmbito econômico como no clínico, repercutindo na segurança do paciente². Entre os idosos, os eventos adversos aos medicamentos são mais frequentes que em outras faixas etárias e aumentam expressivamente de acordo com a complexidade da terapia (SECOLI, 2010).

Para o Ministério da Saúde, polifarmácia representa a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, configurando-se como uma prática frequente para as pessoas idosas. Sua ocorrência pode ser explicada pelo maior número de doenças crônicas nessa fase da vida, a realização de consultas e tratamentos com diferentes profissionais (BRASIL, 2006a).

Os desfechos adversos que podem advir da polifarmácia favorecem o descumprimento das prescrições de medicamentos

²Segurança do paciente consiste na redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente (CANADIAN PATIENT SAFETY DICTIONARY, 2003).

essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo (ROZENFELD, 2003). Tal situação tem sido observada em diversos cenários, podendo ocorrer em hospitais, instituições de longa permanência, unidades básicas de saúde e no próprio domicílio do idoso.

Sabe-se que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar, portanto, sendo a família a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica³ por meio da Estratégia Saúde da Família um papel essencial (CAMARANO; PASINATO, 2005; BRASIL, 2006b).

Assim, no contexto da Atenção Básica/Saúde da Família torna-se fundamental relacionar as intervenções realizadas pelos diferentes profissionais da equipe – coordenação do cuidado – evitando exames, procedimentos e medicamentos desnecessários, tendo em vista que a principal consequência dessa atenção desintegrada seria a ocorrência de iatrogenia⁴ (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, torna-se fundamental ao profissional que cuida de idosos conhecer as mudanças nos padrões farmacocinéticos e farmacodinâmicos relacionadas ao envelhecimento, bem como compreender as dificuldades de administração, a automedicação, o

³ O termo Atenção básica será utilizado dessa forma quando a fonte de onde a citação foi extraída, utilizar tal denominação, a exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Considerando que o termo Atenção básica consta no DECS apenas como sinônimo de Atenção Primária à Saúde, esse último será utilizado seguindo definição disponível no mesmo portal, a saber: “assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação” (OPAS, 2002).

⁴ Iatrogenia significa qualquer alteração maléfica provocada pela prática de um profissional da área da saúde e, especificamente para a pessoa idosa, configura-se como uma grande síndrome geriátrica. Nesse grupo etário, a maior parte das iatrogenias resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento, tendo em vista que os idosos se encontram mais vulneráveis à polifarmácia e aos seus possíveis eventos adversos (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

acesso à aquisição dos medicamentos, entre outros fatores que podem estar presentes (GORZONI; PASSARELLI, 2006).

Com base na literatura da área e em nossa vivência profissional, acreditamos que os idosos sejam pessoas que carregam consigo muitas experiências ao longo de sua história de vida e, por isso, podem lidar com situações de saúde e adoecimento de maneira bastante diversa, a depender de múltiplos fatores, tais como: sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, culturais, entre outros.

Concordamos com Uchôa (2003), no tocante ao fato de que, para desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer o modo como os idosos brasileiros envelhecem, atribuem significado a essa experiência e como convivem com seus problemas de saúde.

Dessa forma, surgiu a inquietação e a motivação para buscar compreender sobre o uso de medicamentos do idoso que vive em seu domicílio. Nesse sentido, o presente estudo propôs-se a buscar respostas para a seguinte **questão norteadora**: Como o idoso residente na comunidade compreende e significa o uso do tratamento medicamentoso?

A tese que fundamenta esse questionamento é:

O idoso costuma fazer uso de diversos medicamentos e busca estratégias para conviver com esse tratamento de acordo com sua compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde e com base em suas práticas socioculturais de cuidado à saúde/doença.

Com este estudo buscamos entender o significado que o idoso atribui ao uso de medicamentos, bem como compreender o modo como ele lida com sua situação de saúde/doença. Acreditamos que o conhecimento gerado poderá contribuir com os enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde no cuidado aos idosos por eles assistidos.

Vale lembrar que, atualmente, os enfermeiros da ESF contam com as orientações do Ministério da Saúde através dos cadernos de atenção básica e, em alguns casos, utilizam protocolos de atenção ao idoso, geralmente elaborados pelos órgãos municipais e estaduais de saúde. No entanto, ainda existe pouca ênfase acerca das orientações quanto ao uso de medicamentos, abuso e equívocos na autoadministração dos mesmos. Dessa forma, espera-se que os achados desta pesquisa possam contribuir com mais subsídios para o exercício profissional do enfermeiro na atenção à saúde dos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Compreender o uso de medicamentos pelo idoso residente em área adscrita à Estratégia Saúde da Família, no Município de Santa Cruz/RN, construindo um modelo paradigmático.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar o tratamento medicamentoso utilizado pelos idosos pesquisados.
- Averiguar o uso concomitante de outros tratamentos realizados pelos idosos pesquisados.
- Conhecer o significado do uso de medicamentos para os idosos pesquisados.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory foi elaborada nos anos de 1960 pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, que juntos delinearão o método tomando como base suas respectivas formações e atuações como pesquisadores (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Na época do nascimento da TFD, a pesquisa qualitativa perdia espaço na Sociologia e os pressupostos metodológicos que predominavam eram aqueles baseados no paradigma positivista, com ênfase em estudos quantitativos. Nesse contexto, os pesquisadores Glaser e Strauss estavam diante do grande desafio que seria propor uma forma de análise qualitativa que tivesse sua própria lógica e fosse capaz de gerar teoria (CHARMAZ, 2009).

Strauss e Corbin (2008, p. 25) utilizam o termo TFD para designar uma “teoria derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa”.

A TFD tem suas raízes ligadas ao interacionismo simbólico⁵, uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo (DANTAS et al., 2009).

3.1 Delineamento do processo de pesquisa na TFD

O processo de pesquisa da TFD é muito mais circular do que linear (CHARMAZ, 2009; DANTAS et al., 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008), tendo em vista que algumas vezes é preciso voltar para etapas anteriores, olhar novamente para os dados e, assim, seguir a caminhada. No entanto, consideramos importante citar alguns esclarecimentos sobre as fases da TFD, não como uma tentativa de limitar o método, mas como forma de apresentar um caminho possível de ser percorrido rumo à construção de uma teoria.

Na TFD, a fase de execução da pesquisa inclui a coleta de dados, a transcrição, a codificação/análise dos dados e delimitação da teoria. O primeiro aspecto a ser apontado é que, na TFD, coleta e análise de dados

⁵ O interacionismo simbólico é uma perspectiva teórica que compreende que a sociedade, a realidade e o indivíduo são construídos por meio da interação. Pressupõe que a interação é inerentemente dinâmica e interpretativa, e trata de como as pessoas criam, representam e modificam os significados e as ações (CHARMAZ, 2009, p. 21).

acontecem simultaneamente, num processo conhecido como “análise constante” (DANTAS et al., 2009). Assim como em outros tipos de estudos qualitativos, na TFD a realização da coleta pelo próprio pesquisador deve ser priorizada, afirmação que também vale para as fases de transcrição e análise dos dados.

Utilizando os métodos da teoria fundamentada é possível modelar e remodelar a coleta de dados, acrescentando “novas peças ao quebra-cabeça”, o que pode ocorrer até mesmo posteriormente, na fase de análise dos dados. A flexibilidade dos estudos qualitativos permite ajustes no decorrer da coleta e, nesse caso, podem surgir modificações no roteiro entre uma entrevista e outra (CHARMAZ, 2009).

A entrevista e a observação são exemplos de técnicas de coleta muito utilizadas na pesquisa qualitativa e na TFD também são de grande valia, desde que sejam respeitadas algumas particularidades do método.

A observação é uma técnica que utiliza praticamente todos os sentidos – visão, audição, percepção e olfato –, permitindo a descoberta de como algo ocorre ou funciona de fato (FLICK, 2009). Para tanto, o pesquisador deve relativizar o seu espaço social, procurando colocar-se no lugar do outro (MINAYO, 2010). Trata-se de uma técnica muito útil aos estudos da TFD, pois permite ao pesquisador perceber as expressões, emoções e gestos que os participantes fazem ao responder determinadas questões, além de possibilitar captar nuances no ambiente familiar, profissional e outros onde a investigação aconteça.

Tradicionalmente, aliado à técnica da observação, pode ser utilizado o diário de campo, um instrumento onde são escritas as impressões do pesquisador, os dados de conversas informais, atitudes e comportamentos do interlocutor, os quais devem ser levados em consideração no momento da análise, junto com os demais dados coletados (MINAYO, 2010). O diário de campo pode servir como local para registrar os memorandos e notas, os quais são itens fundamentais nesse tipo de investigação, e que serão esclarecidos na próxima seção deste manuscrito.

Já a técnica de entrevista oferece flexibilidade para levantar esclarecimentos acerca daquilo que é essencial para a compreensão da realidade investigada e ainda avaliar a veracidade das respostas, podendo ser do tipo estruturada, semiestruturada ou livre (DANTAS et al., 2009).

Charmaz (2009) fala sobre a entrevista informativa e entrevista intensiva, como técnicas que podem ser utilizadas na TFD. Refere que a primeira é mais adequada para estudos com inclinação objetivista, e a segunda – do tipo intensiva – permite um olhar mais detalhado para a

experiência dos sujeitos. A entrevista intensiva pode ser constituída de um instrumento com alguns tópicos norteadores, como também pode ter um roteiro com questões semiestruturadas e abertas, sendo que essas últimas dão espaço para histórias imprevistas que podem ser relevantes para a análise emergente (CHARMAZ, 2009).

Na TFD, o roteiro de entrevista pode sofrer modificações durante o desenvolvimento do estudo. Essa flexibilidade permite a inclusão de novas questões, bem como adequações às perguntas já existentes, pois, à medida que o pesquisador analisa os dados, pode ser percebida a necessidade de explorar aspectos que não estavam previstos inicialmente.

Recomenda-se que, imediatamente após realizar cada entrevista e/ou observação, deve-se proceder à transcrição das falas, para que não se percam as impressões obtidas no momento da coleta. A transcrição é uma etapa que deve ser realizada com cautela e, preferencialmente, pelo próprio investigador, o que poderá subsidiar com maior qualidade a fase seguinte de análise dos dados.

A análise dos dados na TFD acontece em três etapas interdependentes, pressupondo um movimento circular entre estas, quais sejam: codificação aberta, axial e seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

A **codificação aberta** é aquela etapa que dá início ao processo de análise, abrindo os dados brutos tal como foram transcritos. Nesse momento, o pesquisador deve realizar uma leitura minuciosa, linha a linha (microanálise), em busca de palavras ou frases que expressem a essência do discurso, formando assim os códigos preliminares (SANTOS; NÓBREGA, 2004; DANTAS et al., 2009). Aqui, os dados – bem como os incidentes – são comparados e designados em categorias e subcategorias (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 104),

Na codificação aberta, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Eventos, acontecimentos, objetos e ações/interações considerados conceitualmente similares em natureza ou relacionados em significado são agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados “categorias”.

Na **codificação axial**, os códigos identificados na etapa anterior são reagrupados através de um processo chamado de redução. Esse processo visa descobrir qual a variável central do estudo, ou seja, busca desvelar uma categoria central capaz de explicar, a partir do ponto de vista dos atores, como a ação estudada se manifesta na cena social, e como esses sujeitos lidam com o problema (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; DANTAS et al., 2009).

Nessa etapa, categorias e subcategorias são relacionadas considerando suas propriedades e dimensões, com a finalidade de gerar explicações mais precisas sobre os fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A **codificação seletiva** tem a finalidade de desenvolver o paradigma de análise, uma estrutura teórica que explica como as categorias se relacionam entre si, bem como com a categoria central. A categoria central representa o tema central da pesquisa e aparece na forma de uma frase mais abstrata em torno da qual todas as outras categorias podem ser agrupadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ainda conforme os mesmos autores, o passo seguinte seria a delimitação da teoria e, para tanto, pode ser necessário retomar etapas anteriores para fazer mais uma vez a redução, além de verificar se de fato houve uma saturação teórica das categorias.

Aliados ao trabalho manual empregado no processo análise da TFD existem os *softwares* que podem auxiliar o pesquisador durante a codificação, como, por exemplo, o NUD-IST®, o MAXqda® e o ATLAS-ti®. Este último trabalha com diversos tipos de documentos (formato Richtext, Word e tabelas do Excel) e é muito útil para integrar códigos e categorias em redes conceituais (FLICK, 2009). Cabe esclarecer que, na TFD, o olhar atento do pesquisador é fundamental e não pode ser substituído por um *software*. Assim, o uso desses programas durante a codificação deve ser visto como uma opção, e não como uma obrigatoriedade.

Diante de todos os procedimentos detalhados até o momento, é preciso lembrar que, nesse tipo de estudo, o grande objetivo da análise é construir uma teoria. Trilhar esse percurso requer uma mente aberta para o que cada caso particular pode nos ensinar sobre os demais, indo do específico para o mais geral ou abstrato. É dessa forma que a

codificação estimula um raciocínio indutivo⁶, o que nos permite passar da descrição para a conceituação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O raciocínio indutivo aparece como uma ferramenta basilar na TFD, uma vez que, nesse método, as categorias e, conseqüentemente, a teoria emergem a partir dos dados (MORAES, 2003). Isso não significa que a TFD tem a pretensão de fazer generalizações a partir de um caso particular, mas de desvelar conceitos e relações entre categorias de um determinado fenômeno e, de maneira indutiva, aplicar esse entendimento quando o mesmo fenômeno acontecer em condições ou contextos semelhantes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

3.2 As peculiaridades do método

Embora já tenham sido apresentadas as etapas que compõem o processo de pesquisa da TFD, cabe destacar os aspectos desta abordagem que a diferenciam de outras metodologias qualitativas.

A revisão de literatura, por exemplo, não costuma ser o passo inicial da pesquisa, pois os dados que emergem da coleta e análise é que direcionam a obtenção de informações na literatura. Essa medida visa também minimizar a influência de outras pesquisas sobre a percepção do pesquisador (DANTAS et al., 2009).

Outro aspecto fundamental diz respeito ao quantitativo de pessoas que irão participar da pesquisa. O número de sujeitos não pode ser especificado *a priori*, tendo em vista que a TFD segue um processo de amostragem teórica, o qual implica em entrevistar participantes até que nenhum dado novo seja acrescentado e as categorias estejam bem desenvolvidas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Além disso, a amostragem teórica possibilita ao pesquisador buscar dados em locais estratégicos ou através do depoimento de pessoas que potencialmente detenham conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Desse modo, pode predizer como e onde é possível encontrar os dados necessários para completar lacunas e saturar as categorias (CHARMAZ, 2009; DANTAS et al., 2009).

Um termo peculiar à TFD e que aparece nessa fase do estudo é “saturação teórica”, definida como o momento em que deixam de surgir novas propriedades nas categorias, ou seja, quando nenhum dado

⁶ Alguns autores sugerem que é possível construir teoria na TFD combinando formas de raciocínio indutivo e dedutivo (ALVAREZ, 2001; CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; DANTAS et al., 2009).

adicional for capaz de acrescentar algo novo (CHARMAZ, 2009; SANTOS; NÓBREGA, 2004).

Já a fase de análise de dados é concebida na TFD como codificação, e representa o processo pelo qual os dados são refinados e classificados, e que fornece meios para que sejam estabelecidas comparações entre estes (CHARMAZ, 2009). Embora esse aspecto já tenha sido discutido em seção anterior, é importante lembrar que, na TFD, as fases de coleta e análise ocorrem ao mesmo tempo, conferindo um movimento circular no desenvolvimento da pesquisa.

Para auxiliar o processo de codificação, Strauss e Corbin (2008) recomendam que sejam utilizadas algumas ferramentas analíticas, ou seja, mecanismos e técnicas capazes de ajudar o pesquisador a reconhecer “tendências” nos dados, aumentar a sensibilidade e superar bloqueios analíticos. Uma dessas ferramentas analíticas consiste na microanálise – uma análise detalhada linha por linha, necessária para gerar as categorias iniciais e sugerir relações entre estas – que deve ser utilizada, em especial, na codificação aberta (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ademais, em todos os tipos de codificação, é preciso lançar mão de outras ferramentas analíticas como o uso de questionamento – lançar perguntas aos dados – e as comparações teóricas. As comparações teóricas facilitam a associação e a intensificação das categorias, além de sugerir novas perguntas a serem acrescentadas na entrevista. Através desta última ferramenta, a comparação acontece entre os incidentes⁷ quanto às suas propriedades e dimensões, visando agrupá-los ou destiná-los a uma categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A compreensão sobre o funcionamento da TFD como referencial teórico-metodológico envolve o entendimento de determinados termos que são próprios desta abordagem. Além dos conceitos já esclarecidos, é importante apresentar outros que dizem respeito às diferentes formas de registros feitos durante a coleta e codificação, quais sejam: diagramas, memorandos, notas teóricas, metodológicas e notas de observação.

Os diagramas são mecanismos visuais que mostram as relações entre conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Proporcionam imagens concretas das nossas ideias, permitindo que se perceba “o poder relativo, o alcance e a direção das categorias em sua análise, bem como as conexões existentes entre elas” (CHARMAZ, 2009, p. 163).

⁷Incidente: palavra ou frase cujo significado ajuda a entender o que o sujeito quer expressar em sua fala (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos ou memos são registros da análise, relacionados ao progresso, aos sentimentos e às direções da pesquisa e do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os memos podem ter a forma de: notas teóricas, quando se referem às ligações entre conceitos, além das interpretações e inferências do pesquisador; notas metodológicas, como lembretes do pesquisador acerca dos procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas; e, ainda, notas de observação, que consistem em descrições captadas, principalmente, pela observação e audição (DANTAS et al., 2009).

3.3 Habilidades necessárias ao pesquisador em estudos com TFD

Conforme demonstrado, realizar uma pesquisa utilizando os princípios teórico-metodológicos da TFD não é uma tarefa fácil, todavia, a qualidade do conhecimento gerado pode ser gratificante para o investigador ao perceber que seu estudo foi capaz de desenvolver uma teoria “inovadora e embasada”, como adjetivariam Strauss e Corbin (2008).

Existem dois tipos de teorias: as formais e as substantivas. A teoria gerada pela TFD seria do tipo substantiva, onde o conhecimento é construído com base na interação social e compreensão das ações humanas (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Ademais, para produzir conhecimento científico com tal profundidade, é necessário ir além do cumprimento sistemático de etapas e da obediência ao rigor metodológico, pois, como sugere Benjumea (2003), muitas vezes o pesquisador precisa assumir-se como um instrumento de indagação e fazer uso da reflexividade, para assim, compreender a experiência do outro. Além disso, outras habilidades aparecem como importantes e necessárias ao investigador que se propõe a desenvolver estudos qualitativos.

Segundo Polit e Beck (2011, p. 505), durante a análise dos dados, o pesquisador qualitativo precisa estar familiarizado com os dados, ser capaz de “discernir padrões e entrelaçá-los em um todo unificado”, utilizando-se de “habilidades indutivas potentes”. Outra habilidade requerida é a criatividade, que se manifesta, por exemplo, na capacidade de nomear categorias e de fazer comparações entre os dados (POLIT; BECK, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008). Para Morse (2003), a chave para uma boa investigação qualitativa está em ver a experiência na perspectiva do participante.

Dantas et al. (2009) recomendam que o investigador deve ter domínio dos preceitos da TFD, envolvimento com o objeto de estudo, capacidade dedutiva e indutiva, e sensibilidade teórica⁸.

Para Mello (2005), reconhecer a complexidade e a variabilidade dos fenômenos que compõem um determinado cuidado à saúde, bem como a crença de que os sujeitos adotam um papel ativo frente às situações-problema justificam a importância do conhecimento emergente de uma pesquisa embasada na TFD, valorizando a realidade revelada pelos próprios sujeitos e pelos significados que eles atribuem ao fenômeno.

Acreditamos que todas essas habilidades são exigidas do pesquisador qualitativo que utiliza a TFD, posto que a adoção desse referencial envolve a grande responsabilidade de transformar sistematicamente os produtos da análise em uma teoria que seja capaz de explicar, prever fatos e fornecer diretrizes para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

⁸A sensibilidade teórica é uma característica essencial para alcançar a teorização – processo complexo de desenvolvimento de uma teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Charmaz (2009) sugere que, para alcançar a sensibilidade teórica, é preciso observar a vida estudada a partir de múltiplas perspectivas, fazendo comparações entre os dados e explorando ideias.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão de literatura, nos moldes da revisão integrativa, com produções que utilizaram abordagem qualitativa em estudos na temática do envelhecimento e uso de medicamentos na atenção primária à saúde.

A revisão integrativa é um método que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esse tipo de revisão permite que sejam incluídas publicações oriundas de pesquisas experimentais, não experimentais e revisões de literatura, possuindo um grande potencial para gerar evidências na prática da enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Com base nesses autores, a revisão cumpriu as seguintes etapas: 1. identificação do problema e do objetivo da revisão (nesse passo são definidas também as variáveis de interesse, o que indica ao pesquisador, por exemplo: o que procurar, quais conceitos ou problemas de saúde interessam); 2. estágio de busca na literatura (definindo descritores, bases, estratégias de busca, critérios para inclusão e exclusão de estudos); 3. avaliação dos dados, levando em consideração a autenticidade do estudo, sua qualidade metodológica, seu valor informativo e contribuição para o conhecimento; 4. análise dos dados, a fim de ordenar, codificar, categorizar e sintetizar os achados; 5. apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O período de busca na literatura científica foi de 2006 a 2014. Por estar inserida em um estudo qualitativo baseado em princípios da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a presente revisão enfoca as produções científicas de natureza qualitativa.

As bases de dados consultadas foram: Pubmed (National Library of Medicine and National Institutes of Health); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDENF (Base de Dados de Enfermagem); SCOPUS.

Os descritores utilizados – todos presentes no DeCS e MESH – foram: uso de medicamentos (Drug utilization, utilizado plural e singular, grafia com “s” e “z”); medicamentos (Medications); Estratégia de Saúde da Família (Family health Strategies e os sinônimos “Family health”, “family health Program”); Atenção Primária à Saúde (Primary health care e os sinônimos: “primary care”, “primary health”);

Envelhecimento (Aged e os sinônimos: "Aged, 80 and over", "elderly", "older"); Pesquisa qualitativa (Qualitative research, bem como "qualitative study", "qualitative studies", "qualitative analysis", "qualitative methods").

Para composição do *corpus*, os artigos tiveram que obedecer aos seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão:** artigos de pesquisas completos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados em periódicos científicos no período de 2006 a 2014. A justificativa para esse recorte tem como base o ano de publicação de um documento da Organização Mundial de Saúde sobre o uso seguro de medicamentos em serviços de saúde pública (WHO, 2006). Também optou-se por resgatar apenas os artigos de natureza qualitativa, considerando o método adotado na pesquisa da qual esta revisão é parte e fornecendo uma visão sobre o que tem sido estudado acerca do uso de medicamentos em idosos sob o prisma da referida abordagem.

- **Critérios de exclusão:** editoriais, resenhas, relatos de experiências e reflexões teóricas, dissertações, teses e monografias; resumos publicados em anais de eventos. Conforme justificado anteriormente, foram excluídos os artigos de abordagem quantitativa. Foram excluídos também artigos repetidos, sendo mantida apenas a primeira versão identificada, bem como aqueles que não possuíssem relação direta com o tema.

4.1 Estratégias de busca:

PubMed/ Medline

("drug utilization"[MeSH Terms] OR "drug utilization"[All Fields] OR "drug utilisation"[All Fields] OR "medication"[All Fields] OR "medications"[All Fields]) AND ("family health"[MeSH Terms] OR "family health"[All Fields] OR "family health Strategies"[All Fields] OR "family health Strategy"[All Fields] OR "family health Program"[All Fields] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "primary health care"[All Fields] OR "primary care"[All Fields] OR "primary health"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "elderly"[All Fields] OR "older"[All Fields]) AND ("qualitative research"[MeSH Terms] OR ("qualitative"[All Fields] AND "research"[All Fields]) OR "qualitative research"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "study"[All Fields]) OR "qualitative study"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "studies"[All Fields]) OR "qualitative studies"[All Fields] OR

("qualitative"[All Fields] AND "analysis"[All Fields]) OR "qualitative analysis"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "methods"[All Fields]) OR "qualitative methods"[All Fields] OR ("qualitative"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "qualitative method"[All Fields]) AND ("2006/01/01"[PDAT]: "2014/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])

LILACS (via BVS)

("Uso de Medicamentos" OR "Utilización de Medicamentos" OR "Drug Utilization" OR medicamento\$ OR medication\$ OR drug\$) AND (ESF OR (Estratégia AND Saúde AND Família\$) OR (Programa AND Saúde AND Família\$) OR PSF OR "Saúde da Família" OR "Atenção Primária" OR "Atenção básica" OR "cuidados primarios" OR "Estrategia de Salud de la Familia" OR ESF OR "Programa de Salud de la Familia" OR "Salud de la Familia" OR "Atención Primaria" OR "Atención básica" OR "family health" OR "primary care" OR "primary health") AND (Idoso\$ OR envelhecimento OR velhice OR anciano OR Aged OR elderly OR older)

BDEnf (via BVS)

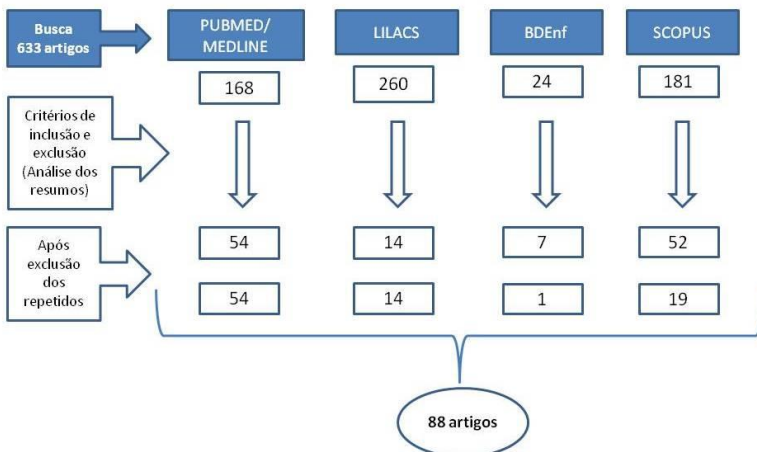
("Uso de Medicamentos" OR "Utilización de Medicamentos" OR "Drug Utilization" OR medicamento\$ OR medication\$ OR drug\$) AND (ESF OR (Estratégia AND Saúde AND Família\$) OR (Programa AND Saúde AND Família\$) OR PSF OR "Saúde da Família" OR "Atenção Primária" OR "Atenção básica" OR "cuidados primarios" OR "Estrategia de Salud de la Familia" OR ESF OR "Programa de Salud de la Familia" OR "Salud de la Familia" OR "Atención Primaria" OR "Atención básica" OR "family health" OR "primary care" OR "primary health") AND (Idoso\$ OR envelhecimento OR velhice OR anciano OR Aged OR elderly OR older)

SCOPUS (via periódicos CAPES)

("drug utilization" OR "drug utilisation" OR "medication" OR "medications") AND ("family health" OR "family health Strategies" OR "family health Strategy" OR "family health Program" OR "primary health care" OR "primary care" OR "primary health") AND ("aged" OR "Aged, 80 and over" OR "elderly" OR "older") AND ("qualitative research" OR "qualitative study" OR "qualitative studies" OR "qualitative analysis" OR "qualitative methods" OR "qualitative method")

As estratégias de busca apresentam pequenas diferenças entre si dadas as peculiaridades de cada base de dados. No LILACS e BDEnf, por exemplo, não foi possível inserir na estratégia de busca os termos referentes à pesquisa qualitativa e nem o recorte temporal, portanto esses critérios foram aplicados posteriormente. Desse modo, dos 315 artigos identificados inicialmente no LILACS com a estratégia mencionada, ao recebem os limites “pesquisa qualitativa” e seus sinônimos, além do recorte temporal, restaram 260 artigos que teriam seus resumos analisados. A mesma redução houve na BDEnf, visto que os 27 artigos identificados com a estratégia de busca, após aplicação dos referidos limites, foram reduzidos para 24 artigos. Já no SCOPUS, foi possível realizar a busca usando os termos “pesquisa, estudo e/ou método qualitativo”, mas apenas posteriormente puderam ser aplicados os filtros de idioma (inglês, português e espanhol) e de tempo (01/01/2006 a 31/12/2014). A aplicação desses filtros, nesta base, não representou grande impacto no número de artigos, tendo em vista ter diminuído de 182 para 181 artigos a terem seus resumos avaliados. A Pubmed/Medline foi a única das bases consultadas a permitir que todos os limites desejados fossem aplicados no momento da estratégia de busca, na qual foram encontrados 168 artigos.

Figura 1 – Descrição do número de artigos identificados nas bases Pubmed/Medline, Lilacs, BDEnf e Scopus, conforme descritores e limites estabelecidos, e *corpus* selecionado para revisão integrativa



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

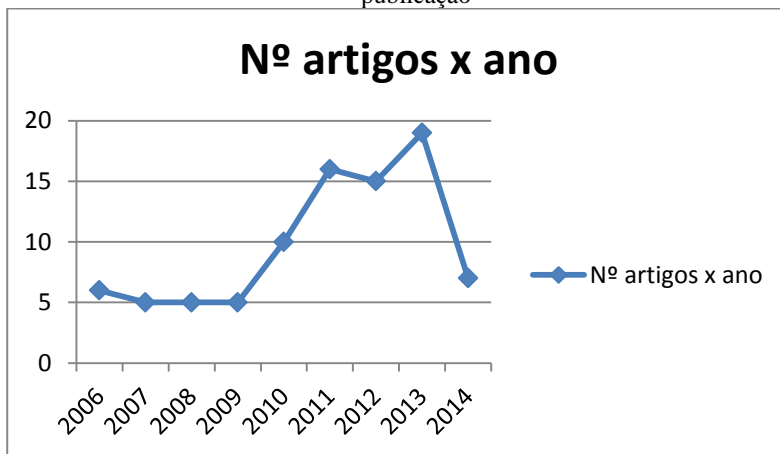
À medida que era realizada a leitura dos 88 artigos selecionados, suas principais informações foram organizadas em um quadro sinóptico contendo: identificação autor/ano; título do artigo; objetivo; metodologia utilizada; principais resultados; observações da pesquisadora e/ou trechos significativos destacados no artigo (APÊNDICE A). Esta forma de organizar os dados proporcionou uma melhor visualização das informações coletados de modo que nos ajudou a categorizar os artigos de acordo com o objeto de estudo de cada um.

A fim de sintetizarmos os achados será apresentada, primeiramente, a caracterização dos estudos – ano de publicação, idioma e metodologia utilizada – e, em seguida, as oito categorias temáticas identificadas mediante leitura exaustiva de seus conteúdos e que representam a síntese do conhecimento produzido nos últimos oito anos de estudos de natureza qualitativa e que tratam do uso de medicamentos.

4.2 Caracterização dos estudos

Dentre os 88 artigos selecionados para compor o *corpus* desta revisão, a maior parte foi publicada no ano de 2013 (19 artigos), tendo um decréscimo no último ano (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição do número de artigos de acordo com o ano de publicação

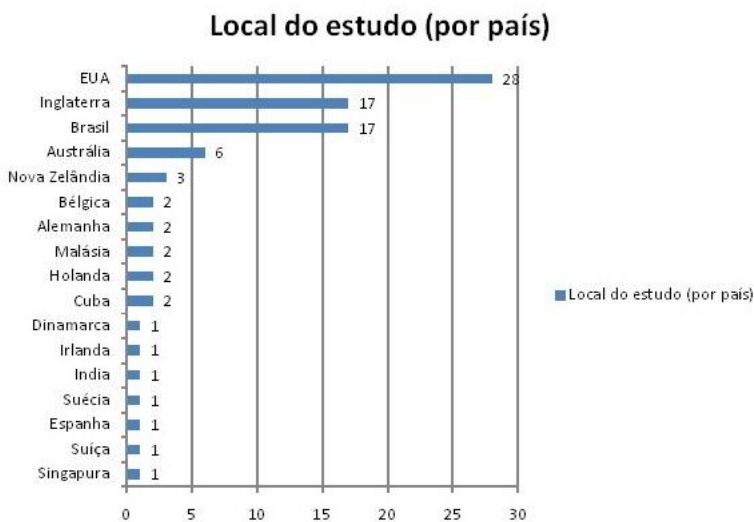


Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

O principal idioma de divulgação foi a língua inglesa (70 artigos), seguido dos divulgados em português (15) e espanhol (3). A

predominância das publicações em inglês não necessariamente representa que todos esses artigos foram produzidos em países que têm esse idioma, mas apenas que a adoção do inglês como principal língua de divulgação tem sido exigida por periódicos dos mais diversos países, inclusive no Brasil. A maior parte dos artigos identificados foi oriunda de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos (28 artigos), Inglaterra (17), Brasil (17), Austrália (6), Nova Zelândia (3), Bélgica, Alemanha, Malásia, Holanda, Cuba (2 artigos cada), Dinamarca, Irlanda, Índia, Suécia, Espanha, Suíça e Singapura (1 artigo cada), conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição do número de artigos conforme país onde o estudo foi desenvolvido



Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Na análise do *corpus* também foi dada atenção ao percurso metodológico adotado nos artigos, no entanto nos deparamos com uma dificuldade: muitos artigos não detalhavam importantes aspectos metodológicos, o que nos deixou com dúvidas sobre o modo como os pesquisadores procederam para alcançar resultados tão importantes em suas pesquisas. Em consonância com nossas estratégias de busca, todos os artigos selecionados foram de natureza qualitativa – alguns eram recortes de pesquisa com métodos mistos –, porém muitos se limitavam a essa informação e a descrever a população estudada, sem mencionar

aspectos importantes na metodologia, tais como: referencial teórico, técnicas e instrumentos de coleta de dados, técnicas de análise de dados (Quadro 1). Infelizmente, essas lacunas reforçam as críticas aos estudos qualitativos quanto à falta de procedimentos rigorosos para guiar a correlação dos achados e a falta de regras precisas sobre as técnicas empregadas (ADUE et al., 2008). Embora consideremos o mérito dessas pesquisas, é premente a descrição dos métodos adotados como forma de legitimar os achados e esclarecer os leitores.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos conforme aspectos metodológicos mencionados

Metodologia	Nº de artigos	Total
<u>Tipo de estudo</u>		
- Revisão	3	17
- Estudo descritivo	10	
- Estudo exploratório	4	
- Não especificado	71	71
<u>Referencial teórico</u>		
- TFD	4	14
- Etnografia	2	
- Interacionismo simbólico	1	
- Fenomenologia	1	
- Representações sociais	1	
- Outros	5	
- Não especificado	74	74
<u>Coleta de dados</u>		
- Entrevista semiestruturada	36	75
- Grupo focal	18	
- Entrevista em profundidade	6	
- Entrevista narrativa	2	
- Observação	1	
- Mais de uma técnica de coleta	12	
- Não especificado	13	13
<u>Análise dos dados</u>		
- Análise de conteúdo	29	51
- Outros	14	
- Análise comparativa ou comparação constante	8	
- Não especificado	37	37
<u>Participantes</u>		
- Idosos	34	
- Pessoas com DCNT	29	

- Profissionais de saúde (geral)	11	88
- Médicos	10	
- Enfermeiros	2	
- Cuidadores	2	
- Não especificado	-	-

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Os artigos que mencionavam usar mais de uma técnica de coleta de dados, em geral, fizeram combinações de entrevista com observação (5), entrevista e grupo focal (5), e dois artigos associaram entrevista, observação, análise documental e grupo focal. Um achado interessante foi o fato de 31 artigos mencionarem o uso de *softwares* para auxiliar no tratamento e análise de dados. Destes, o mais citado foi o NVivo (14 artigos), seguido do Atlas ti (6 artigos), Maxqda, SPSS, QSR 6, Excel (2 artigos cada um desses), PASW18, KWalitan 5.0 e Alceste (1 artigo cada).

As 88 produções analisadas foram publicadas em 56 periódicos de circulação internacional, sendo o mais frequente o *BMC family practice*, onde se encontravam oito destes artigos, seguido do *British Journal of General Practice* e o *Journal of General Internal Medicine* (cinco artigos em cada). Nesse aspecto, um dado relevante é o fato de que cinco periódicos faziam parte de um mesmo sistema, o *BioMed Central* (BMC), um portal de ciência, tecnologia e medicina que reúne 276 revistas de acesso aberto, sendo propriedade da Springer Science e Business Media.

4.3 Categorias temáticas acerca do uso de medicamentos

Segurança no uso de medicamentos: evitando erros e medicamentos potencialmente inapropriados (PIM)

O envelhecimento causa mudanças na absorção, distribuição, biotransformação e eliminação das drogas. Uma revisão sistemática realizada por Baldoni et al. (2010) elencaram as principais drogas cujos efeitos são diferenciados em indivíduos idosos. Os idosos tendem a ter redução dos níveis de albumina, o que os torna mais susceptíveis aos efeitos agudos da polifarmácia quando várias drogas dependentes do transporte por proteína são prescritas juntas. Drogas como propranolol, verapamil e nifedipino têm resposta aumentada porque são liberadas mais lentamente nos idosos por estarem sujeitas ao metabolismo de fase I no fígado, algo reduzido com o envelhecimento. Já a digoxina,

cimetidina, gentamicina, neomicina e warfarina precisam ter suas doses reduzidas, porque, caso haja redução do fluxo renal (comum em idosos), o fármaco terá sua meia-vida aumentada e mais tempo com seu nível sérico elevado. Deve-se ter cuidado também com o uso da warfarina e o risco de hemorragia e com os benzodiazepínicos, uma vez que o idoso é mais sensível às drogas que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) (BALDONI et al., 2010).

O uso de Ácido Acetil Salicílico (AAS), por exemplo, é uma prática comum na prevenção de doenças cardiovasculares, no entanto, existe uma preocupação dos pacientes com o risco de sangramento e os sintomas gástricos, como dor, refluxo e azia. (MARGOLIS et al., 2009). A ingestão de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) também pode causar desconfortos semelhantes. Estudo realizado com idosos australianos que utilizavam AINEs no tratamento da osteoartrite mostrou que esses estavam cientes dos danos gerados pelos medicamentos, muitas vezes descritos como “venenos” ou produtos químicos viciantes. Essas pessoas tinham um entendimento muito limitado sobre os efeitos adversos e os controlavam limitando a frequência e a dose dos anti-inflamatórios. Muitos idosos transferiam para o médico a responsabilidade de avaliar qualquer risco do uso de AINEs, pois confiavam no seu conhecimento para tomar decisões no tratamento (MILDER et al., 2011).

No controle e prevenção de doenças cardiovasculares, existem profissionais que ponderam o uso dos medicamentos de acordo com a raça do paciente. Médicos americanos afirmaram que existe diferença nos efeitos dos inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (inibidores da ECA) de acordo com a raça, e que por isso o seu uso não deve ser a primeira escolha para tratar hipertensão em pessoas negras. Entretanto, outros entrevistados reconheceram o potencial efeito renoprotetor proporcionado por esses medicamentos e manifestaram apreensão de que pacientes negros podem não estar se beneficiando desses efeitos positivos (FRANK et al., 2010).

Três artigos destacaram erros comuns que afetam a segurança no uso de medicamentos em idosos, entre os quais está o esquecimento quanto ao horário da dose (BUETOW et al., 2012) e falhas na comunicação profissional-usuário (BURGESS; COWIE; GULLIFORD, 2012; WOLF et al., 2007). Em alguns casos, os pacientes sentiram que não eram levados a sério durante as consultas e que os profissionais acabavam não esclarecendo dúvidas sobre os efeitos adversos das drogas. Existem ainda os mal-entendidos quanto às informações escritas na prescrição médica que aparecem em dois extremos: aquelas

instruções vagas, que não explicam adequadamente o intervalo entre doses, por exemplo, ou aquelas muito complexas, que usam uma linguagem de difícil compreensão para os participantes (BURGESS; COWIE; GULLIFORD, 2012; WOLF et al., 2007).

Um fenômeno que pode afetar o uso seguro de medicamentos é a polifarmácia, a qual pode ser definida como o uso de três ou mais drogas ou de uma quantidade de medicamentos maior do que a indicada. Muitos casos de polifarmácia se devem à falta de uma revisão regular do regime terapêutico por parte dos profissionais de saúde e, ainda, à rigorosa obediência aos *guidelines*, que muitas vezes levam à prescrição de inúmeros medicamentos (ANTHIERENS et al., 2010). A polifarmácia predispõe os idosos ao risco de receber prescrições com medicamentos potencialmente inadequados (PIMs), ou seja, aqueles em que os danos reais ou potenciais da terapia superam os benefícios. Entre os fatores que podem minimizar o uso dos PIMs estão a experiência, a habilidade técnica, o diálogo com os pacientes, o estímulo às revisões dos tratamentos e uma atitude favorável à não prescrição. Essas informações deveriam provocar uma resposta dos profissionais para identificar, suspender ou reduzir a dose de medicamentos inadequados, como uma questão de prioridade na segurança dos pacientes (ANDERSON et al., 2014).

Nos casos de polifarmácia, uma alternativa para simplificar o tratamento, reduzir erros e economizar tempo seria a adoção das *polypills*, pílulas contendo uma combinação de medicamentos em uso pelo paciente. Todavia ainda existem algumas preocupações quanto à segurança e eficácia, bem como quanto à inflexibilidade da dosagem de cada um componentes do *polypill* (BRYANT et al., 2013).

Estudo de Cardoso et al. (2013) descreve iniciativas de um programa de Atenção Farmacêutica Domiciliar que mostrou-se muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários. Foram identificados 13 Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM), todos eles tendo sido resolvidos em menos de um mês, assim como também foram resolvidos todos os problemas com armazenamento dos medicamentos. Um exemplo disso foram os usuários hipertensos que alcançaram o controle da pressão arterial rapidamente após as primeiras intervenções e o mantiveram durante os seis meses de acompanhamento. As ações são realizadas por equipe interdisciplinar e visam avaliar se as queixas apresentadas são decorrentes de adoecimento ou apenas reações adversas. Na hipótese de reações adversas, a prescrição é modificada e o usuário é acompanhado para que sejam observados os desfechos.

Outro problema que afeta a segurança no uso de medicamentos é a dependência ou uso abusivo de benzodiazepínicos. Muitos idosos usuários crônicos passaram a confiar e a depender psicologicamente dos benzodiazepínicos e suas propriedades calmantes, chegando a negar ou minimizar o relato de efeitos colaterais para evitar que o medicamento fosse suspenso (COOK et al., 2007; PAYNE et al., 2011).

Orihuela (2012) mostrou, através de uma revisão, que boa parte dos problemas de saúde em idosos poderiam ser mais bem tratados com mudanças no estilo de vida do que com o uso excessivo de medicamentos, já que muitas vezes as intervenções farmacológicas preventivas carecem de uma justificativa sólida. Embora a atenção primária seja um local para prevenção, muitas vezes o que se faz é a prevenção através dos fármacos, por isso se deve ter o cuidado com prescrições indevidas para evitar as complicações advindas da polifarmácia, o que poderia melhorar a qualidade de vida da população idosa.

O uso de ferramentas/tecnologias para manejo do tratamento medicamentoso

Recentemente, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm sido usadas, entre outras aplicações, para reduzir as discrepâncias entre os medicamentos listados no prontuário e aqueles que os pacientes relatam usar, tanto no ambiente hospitalar como ambulatorial, configurando-se como uma forma de reduzir discrepâncias e ajudar a evitar eventos adversos (HEYWORTH et al., 2013).

Pesquisadores têm se ocupado em desenvolver e aplicar ferramentas que possam ser úteis e fáceis de manusear, tanto pelos usuários como pelos profissionais. Nesse sentido, diversos instrumentos foram desenvolvidos para identificar prescrições indevidas e evitar danos à saúde das pessoas, especialmente quando idosas e, conseqüentemente, mais vulneráveis a desfechos adversos. Uma importante ferramenta seria o STOPP & START (“Screening Tool of Older Person’s Prescriptions” e “Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment”), criada em 2008 e que tem sido mais utilizada na Europa. Consiste em duas listas de critérios que abordam os excessos ou prescrições indevidas de medicamentos potencialmente inapropriados (PIMs), e que também permite detectar o risco de subprescrição (falta de uma droga indicada). (DALLEUR; FERON; SPINWINE, 2014; CLYNE et al., 2013).

No estudo de Clyne et al. (2013), os médicos entrevistados disseram que, ao identificar casos de PIM, costumavam tomar as seguintes iniciativas: parar o medicamento, diminuir a dose, acrescentar outro medicamento ou mudar para um tratamento alternativo.

Grant et al. (2012) desenvolveram o Med-STEP, um sistema *online* para controle da pressão arterial e autotitulação de pessoas hipertensas e diabéticas atendidas em um serviço de atenção primária. Um bom achado foi que 16 pacientes que usaram a ferramenta conseguiram reduzir os valores pressóricos durante o acompanhamento pela equipe de pesquisa e avaliaram positivamente.

Uma forma de melhorar a segurança no uso de medicamentos consiste nos alertas de prescrição que podem ser adotados em serviços que possuem o sistema de prontuário eletrônico. Pesquisadores de Indianápolis, EUA desenvolveram um sistema que enviava alertas no formato de *pop ups* no momento em que os médicos preenchiam as prescrições dos pacientes. À época da publicação dos achados da pesquisa, a ferramenta possuía apenas duas mensagens padronizadas: um alerta quando o paciente tinha mais de 65 anos e outro quando o paciente tinha um *clearence* de creatinina menor que 50. Os médicos que participaram da pesquisa consideraram a interface do sistema inadequada e sugeriram algumas melhorias no sentido de relacionar automaticamente os resultados alterados de exames com os medicamentos prescritos (RUSS et al., 2012).

Também têm sido desenvolvidos sistemas de alerta voltados para os usuários, como um que enviava mensagens por telefone aos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), informando sobre o horário das doses dos medicamentos, como também informações sobre condições climáticas, informações que contribuía para uma menor exposição dos usuários aos riscos (COOPER; O'HARA, 2010). Boeni, Hersberger e Arnet (2014) testaram o uso de cartões multidrogas perfurados (*multidrug punchcard*) com 149 pessoas e a maioria destas se disse satisfeita. A estratégia oferecia diversas vantagens, por promover uma boa visualização dos medicamentos e, assim, ajudar a lembrar das doses, além de ser uma forma higiênica de guardar os comprimidos, ou seja, uma tecnologia que proporcionou a simplificação do monitoramento do regime terapêutico pelo próprio usuário.

Existem também medidas simples que podem ajudar especialmente os idosos a gerenciar o uso de medicamentos em seu dia a dia, tais como: colocar os frascos sempre na mesma ordem em que são utilizados; usar alarmes de telefone para avisar os horários; e ter sempre alguns comprimidos na bolsa, para não deixar de usar o medicamento,

mesmo não estando em casa (FINNELL; OSBORNE; GERARD, 2011). O uso de etiquetas adesivas nos frascos contendo símbolos que remetam ao horário ou à função do medicamento, por exemplo, são mecanismos úteis para consumidores idosos, especialmente os que têm dificuldades para ler e/ou compreender as instruções nos rótulos (CARDARELLI et al., 2011).

Qualquer que seja a estratégia utilizada, é preciso ter em mente que essas tecnologias precisam ser construídas não somente com base na opinião de *experts* e/ou na literatura, mas necessitam considerar a opinião daqueles que irão lançar mão dessas ferramentas para gerenciar a própria terapia medicamentosa diariamente. (LAUFFENBURGER et al., 2012).

O uso de psicotrópicos

Atualmente, ansiedade e depressão são desordens comuns de serem encontradas entre usuários da atenção primária, onde muitas vezes faltam recursos humanos qualificados para intervir nesses casos e, entre outras coisas, ajudar na adesão à terapia medicamentosa (SHINDE et al., 2013). Embora existam várias formas de tratar as pessoas com transtornos mentais – psicoterapia, atividades esportivas e de lazer –, que podem ajudar no tratamento para a depressão (BADGER; NOLAN, 2007), este ainda está focado na terapia medicamentosa (KITCHEN et al., 2013; WILES et al., 2014). Estudo realizado em três serviços de atenção primária na Inglaterra mostrou que o início do tratamento com antidepressivos geralmente se dá quando os pacientes já esgotaram todas as outras possibilidades ou chegaram ao “fundo do poço”. Nessa realidade, os mais idosos e as mulheres asiáticas se mostraram mais dispostos a seguir a prescrição, afirmando que, na ânsia pelo alívio dos sintomas, fariam qualquer coisa que o médico mandasse (SCHOFIELD et al., 2011).

Para aqueles que utilizam tais medicamentos, Fortney et al. (2011) sintetizaram algumas estratégias que um grupo de idosos americanos usava para não deixar de tomar o antidepressivo: colocá-lo ao lado da cabeceira da cama quando o uso for antes de dormir; e utilizar caixas organizadoras separadas por dias da semana, para não esquecer nenhuma dose.

Todavia, ainda se faz presente o estigma quanto ao uso de antidepressivos, pois são vistos por alguns como substâncias ilícitas, não naturais e que geram dependência se usados por longos períodos. Todo esse receio constitui-se em uma importante barreira à adesão ao

tratamento, o que pode ser agravado em alguns idosos que se mostram pessimistas quanto às chances de cura à medida que envelhecem (IZQUIERDO et al., 2014; DICKINSON et al., 2010; GIVENS et al., 2006)

Adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão à terapia medicamentosa não deve ser vista como algo sem significado, pois resulta das experiências subjetivas de pessoas que vivem com determinados diagnósticos e tratamentos. O medo do tratamento, a falta de informação agravada pela relutância de tirar dúvidas com o médico são fatores que dificultam a adesão terapêutica (MARX et al., 2011). A ausência de sintomas, a normalização da pressão arterial em hipertensos e a distância do domicílio ao serviço de saúde também apareceram como causas para o abandono do acompanhamento médico (DUARTE et al., 2010).

Persistir em um tratamento envolve as motivações de cada um e a sua capacidade de realizar o autocuidado – que inclui a prevenção e o manejo de reações adversas –, além de habilidades para avaliar os riscos do uso do medicamento e a busca por informações. (SALTER et al., 2014; BORGSTEEDE et al., 2011a). No contexto domiciliar, o tratamento sofre influência das crenças do paciente, dos hábitos de vida e das características da droga. (ESCAMILLA et al., 2008).

Os pacientes costumam se sentir apoiados quando o profissional e a família oferecem suporte, no entanto, não está comprovado que isso aumente a adesão. Ter uma rotina que inclua a tomada do remédio é um fator que parece ajudar na adesão (BORGSTEEDE et al., 2011a). Entretanto, em alguns casos a família pode se posicionar como uma barreira ao tratamento medicamento. Um exemplo disto foi encontrado em estudo realizado na Malásia com diabéticos insulínodpendentes, onde alguns familiares diziam que o seu parente não necessitava de insulina, sendo vista como um remédio de idosos, que causa disfunção sexual ou cujo uso é ilegal para os mulçumanos, apenas para citar algumas más interpretações (LEE; LEE; NG, 2012). Além da insulina, foi observado outro estigma: o uso de opioides. Nesse caso, as barreiras aparecem tanto na forma da resistência da família pelo medo da dependência e pelos custos da aquisição, como por parte dos profissionais, pois afirmam que a avaliação da dor é algo subjetivo e que não necessariamente justificaria a prescrição dessa classe medicamentosa (SPITZ et al., 2011).

Pensar que os profissionais de saúde, em algumas situações, podem criar barreiras que dificultem a adesão terapêutica do paciente é algo intrigante e que foi alvo de discussão em alguns artigos identificados. Uma relação de confiança entre profissional e usuário, o fornecimento de informações, utilizar uma escrita legível nas prescrições e a abertura de espaço para esclarecer dúvidas quanto ao tratamento foram mencionados como aspectos importantes a serem adotados para lidar com o estresse de ter múltiplas comorbidades e aderir ao tratamento (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012; WAI et al., 2010).

Na realidade estudada por Guerin, Rossoni e Bueno (2012), a falta de medicamentos na farmácia distrital foi uma das dificuldades mencionadas pelos usuários da atenção primária. Segundo eles, existe uma verdadeira “peregrinação” na busca pelo medicamento, e, quando não disponível, seguem dois caminhos: a maioria preferiu comprá-lo, mesmo que isso representasse uma despesa extra para a família, ou buscar a via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas.

A despeito das muitas dificuldades impostas pelo serviço de saúde, pelos profissionais, pelos próprios usuários e sua família, há que se buscar transpor essas barreiras, procurando estratégias capazes de solucionar ou minimizar os problemas elencados pelos estudos citados.

Du Pasquier e Aslani (2008) recomendam que, além dos profissionais da equipe básica, o farmacêutico também se envolva mais com o acompanhamento da saúde das pessoas na comunidade, no sentido de monitorar seu seguimento, bem como no de fornecimento de informações. Os serviços de saúde também podem usar estratégias simples, porém importantes, como a distribuição de caixas organizadoras e apoio para que o usuário organize seus medicamentos de acordo com doses e horários, o que pode ser uma ferramenta útil na adesão, especialmente para idosos com múltiplos medicamentos.

O uso de práticas integrativas e complementares

Ao todo foram identificados cinco artigos que abordavam o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) ou de Medicina Alternativa e Complementar (CAM), para citar os termos usados pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela OMS, respectivamente.

Alguns autores ressaltam que, por serem tratamentos naturais, o uso das terapias alternativas oferecem menos riscos à saúde se comparado aos medicamentos industrializados, embora relatem que tais

tratamentos não são isentos de possíveis reações adversas (GARROTE, 2012; HILL-SAKURAI; MULLER; THOM, 2008).

Para um grupo de homens idosos da Região Centro-Oeste do Brasil, as plantas eram diferentes dos “remédios do posto”, pois demoravam mais para fazer efeito, e só serviam como auxílio no tratamento prescrito pelo médico. Essas plantas eram vistas como um recurso terapêutico complementar e só assumiam um protagonismo no tratamento de morbidades menores, como os chás para gripe. Nesse estudo foram mencionadas 34 plantas medicinais, sendo as mais citadas o guaco e a erva cidreira, as quais serviriam para tratamento da gripe e como calmante, respectivamente, segundo a opinião dos entrevistados (LIMA et al., 2012). Os significados atribuídos a essas plantas foram adquiridos dos seus ascendentes e do conhecimento popular, reforçando a ideia de que os mais idosos são os guardiões da fitoterapia (LIMA et al., 2012; FONTENELE et al., 2013).

Estudo realizado por Hill-Sakurai, Muller e Thom (2008) apontou que os tipos de CAM mais usados pelas participantes foram as ervas (em pó, chás ou extratos), os suplementos nutricionais, os alimentos ricos em soja, meditação, acupuntura, massagem e Reiki. As participantes desse estudo – todas mulheres na menopausa – explicaram que a CAM era mais segura e menos danosa que a terapia hormonal, e justificavam a validade dessas terapias alegando que as mulheres de outras gerações se tratavam apenas com coisas naturais.

Silva e Tesser (2013) estudaram a experiência de usuários da atenção primária e secundária sobre o uso da acupuntura e encontraram que os principais motivos para a busca de tal terapia foram: a não resolução do seu problema usando tratamentos convencionais; apresentaram queixas de efeitos ruins de medicamentos usados por longos períodos e, assim, a acupuntura seria uma alternativa; receberam encaminhamento médico para acupuntura; desejavam fazer acupuntura devido a queixas de dor. Nessa pesquisa, o ambiente da atenção primária à saúde pareceu favorecer o uso da acupuntura e de outras modalidades da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Esse achado pode ser reforçado pela pesquisa de Fontenele et al. (2013), em que os profissionais defenderam a importância do uso de terapias alternativas e complementares na atenção básica com base nas seguintes justificativas: diminuição do custo financeiro para o SUS; causaria menos efeitos colaterais em relação a outras práticas; seria uma alternativa ao uso abusivo de ansiolíticos e à medicalização excessiva presentes na realidade dos serviços de saúde. Alguns profissionais mostraram certo receio e diziam não orientar a fitoterapia para os

usuários devido à falta de conhecimento técnico, por medo de o paciente abandonar a terapia medicamentosa e agravar o estado de saúde ou simplesmente devido ao tempo curto de atendimento.

A percepção e as atitudes do sujeito sobre o medicamento

Considerando que, atualmente, existe a tendência de um número crescente de indivíduos idosos com doenças crônicas, há também uma grande presença de medicamentos de uso contínuo nessa população.

Algumas pessoas acreditam que, à medida que a doença avança, restam poucas opções para elas e por isso preferem deixar a tomada de decisão quanto ao tratamento a cargo do médico e não buscam mais informações. Suas atitudes podem representar a preocupação – ou ausência desta – quanto ao seu tratamento medicamentoso, descritas por Field et al. (2006) sob três formas: 1) aqueles que não sabem para que serve e/ou quais os efeitos colaterais do medicamento; 2) pessoas que sabiam os nomes e os principais efeitos colaterais, e que contavam com os médicos para fornecer informações detalhadas; 3) os que entendiam seu diagnóstico e que estavam comprometidos em descobrir sempre algo mais.

Arruda, Lima e Renovato (2013) identificaram entre homens idosos do Mato Grosso do Sul que os medicamentos mais usados por eles foram captopril, hidroclorotiazida, enalapril, losartana, digoxina, sinvastatina, carvedilol, atenolol e clortalidona. Observa-se que, nesse caso, há uma predominância de medicamentos de uso diário e permanente para tratamento da hipertensão, outras doenças cardiovasculares e controle da hipercolesterolemia (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013).

Os participantes de outro estudo não interpretavam o alto colesterol como uma doença, já que não existem sintomas percebidos, e afirmaram só tratá-lo com medicamentos porque existe um número que comprova a alteração nos exames laboratoriais (KIRKEGAARD et al., 2013). Nesses estudos o uso de medicamentos configura-se como uma prática integrada à vida diária desses idosos e essa incorporação segue o modelo da racionalidade médica ocidental. O fato de a vida girar em torno dos medicamentos pode levar a restrições nas atividades sociais e pessoais, especialmente para aqueles que ingerem inúmeras drogas por dia, sejam elas com caráter preventivo, voltadas para um tratamento específico ou sintomáticos (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013; KIRKEGAARD et al., 2013; KRSKA et al., 2013).

Pesquisa realizada na Inglaterra com pessoas com dor crônica (média de 62 anos de idade) mostrou que os medicamentos sintomáticos podem ser vistos pelo menos a partir de três maneiras: o medicamento é como um milagre porque diminui a dor; o medicamento só é usado como último recurso; o medicamento proporciona um alívio temporário. Nesse caso, as pessoas se mostraram dispostas a fazer qualquer coisa que as ajudasse a melhorar, no entanto, buscavam sempre primeiro entender a causa da dor para tratá-la de modo mais específico e não apenas com os sintomáticos (DIMA et al., 2013).

Um estudo que buscou identificar as crenças de mulheres idosas sobre a terapia hormonal (TH) mostrou que a maioria acreditava que seu uso era arriscado, embora outras expressassem que o benefício do tratamento poderia superar o risco. Essas opiniões extremas são reflexo das mudanças no consenso da TH na época do estudo, quando em 2002 a TH deixou de ser recomendada como prevenção de doenças, mas apenas para tratamento dos sintomas da menopausa por um tempo limitado. O estudo mostrou ainda uma forte influência emocional na tomada de decisões sobre a terapia, o que leva a crer que muitas mulheres precisam de apoio emocional na sua transição para menopausa e para adesão ao tratamento (FRENCH et al., 2006).

As mulheres também foram alvo de uma importante pesquisa sobre o tratamento da osteoporose, na qual os fatores que mais influenciaram a visão acerca do uso de medicamentos dizem respeito à efetividade e segurança da droga, à percepção de que, de fato, necessitam daquele medicamento e à sua interação com o médico. As idosas parecem nem sempre expressar suas preocupações e dúvidas quanto ao tratamento, o que reforça a importância de o profissional orientá-las quanto ao seu diagnóstico, o tratamento e suas implicações (MAZOR et al., 2010).

Uma questão bastante presente na realidade do cuidado ao idoso no Brasil diz respeito à oferta e distribuição de medicamentos na atenção primária, visto que em muitos casos esse é o recurso disponível para o tratamento das múltiplas morbidades que acometem essa população. Nóbrega et al. (2011) estudaram a visão do idoso acerca do medicamento genérico e identificaram sentimentos positivos e negativos. A visão negativa envolve as representações de que o genérico é um remédio fraco, falso e de qualidade inferior ao “remédio de marca”. Por outro lado, existem sentimentos positivos de credibilidade e confiança, valorizados pelos idosos por ter um preço acessível.

O autocuidado nas pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)

As pessoas com doenças crônicas podem apresentar uma forte dependência dos medicamentos, o que desafia a manutenção do seu bem-estar, além de envolver custos e acarretar efeitos adversos. Estudo recente mostrou que as pessoas com hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia tomavam em média 4,8 medicamentos por dia, um consumo que é impulsionado não apenas pelas necessidades de saúde individuais, mas também pela forte influência do *marketing* da indústria farmacêutica (HUNT; KREINER; BRODY, 2012).

Aqueles que, para cuidar de sua saúde, fazem uso da polifarmácia, têm maiores chances de passar por dificuldades econômicas e, conseqüentemente, sua capacidade para empenhar-se ativamente na autogestão de sua condição crônica e na redução de comportamentos de risco fica prejudicada. Mesmo os que se beneficiam com algum auxílio do governo no tratamento também sentem dificuldades econômicas, pois os benefícios costumam ser insuficientes para cobrir os custos das despesas com saúde e adotar hábitos saudáveis (JEON et al., 2009).

Pesquisa desenvolvida por Renovato e Bagnato (2012) identificou que, no cuidado das condições crônicas, os idosos parecem hierarquizar os medicamentos, priorizando os que tratam doenças mais graves e requerem mais cuidados em sua utilização em detrimento daqueles que consideram aliviar sintomas “menores”. Esse e outros comportamentos dos idosos hipertensos são estratégias que eles encontram para lidar com múltiplas morbidades e drogas em sua rotina diária.

Tratar uma ou mais condições crônicas implica em uma sobrecarga para a vida do idoso. No caso de pessoas com doenças cardiovasculares, por exemplo, essa carga inclui a necessidade de desenvolver um entendimento sobre o tratamento, o autocuidado e a interação com familiares, profissionais e cuidadores para organizar o cuidado, o comparecimento às consultas, a polifarmácia e a adoção de mudanças no estilo de vida (GALLACHER et al., 2011).

No estudo de Löffler et al. (2012), os idosos apresentavam atitudes positivas como, por exemplo, a busca pela manutenção da autonomia pelo máximo de tempo possível. Todavia, enquanto que se mostravam comprometidos com dieta e exercícios, eles apresentavam um baixo nível de adesão ao uso de medicamentos. Essa pouca adesão ao tratamento medicamentoso das doenças crônicas possivelmente se

deve à natureza dual das drogas enfatizada por eles: os remédios atenuam os sintomas e melhoram a qualidade de vida, porém levam a reações adversas e ao surgimento de novos sintomas.

Uma importante estratégia que pode ser adotada por aqueles que realizam o autocuidado e buscam o controle de doenças crônicas, como a hipertensão, está a automonitoração. Na presente revisão foram identificados três artigos que recomendavam essa prática, pois leva o sujeito a se envolver mais no próprio cuidado e entender melhor a doença. O fato de fazer as medições da PA em casa favoreceu a relação dos usuários com os profissionais, pois eles passaram a discutir os valores verificados durante as consultas (JONES et al., 2013; JONES et al., 2012; ABDULLAH; OTHMAN, 2011).

De modo geral, ao serem diagnosticadas com alguma doença crônica, as pessoas passam a desenvolver novos comportamentos para gerenciar sua saúde que incluem tomar o medicamento corretamente e adotar hábitos saudáveis para cuidar da saúde (AUDULV, 2013). No entanto, a ideia de conviver com uma condição que será permanente, algumas vezes, pode não ser aceita de forma tão simples quanto a literatura descreve. O engajamento do sujeito no autocuidado requer o apoio de familiares e de profissionais de saúde que atuem de forma interdisciplinar.

A literatura confirma um quadro encontrado comumente da prática profissional: os idosos com múltiplas morbidades usam múltiplos medicamentos. Um dos motivos para essa polifarmácia está na duplicação de prescrições quando, por exemplo, um idoso é atendido por diversos profissionais e cada um prescreve sem analisar que outras drogas o paciente já está utilizando. Nesse sentido, idosos americanos que tratavam dor crônica sugeriram que, se os profissionais se comunicassem e observassem as anotações uns dos outros nos prontuários, muitas prescrições duplicadas seriam evitadas e muitos problemas poderiam ser resolvidos buscando estratégias não farmacológicas (LYONS et al., 2013).

O papel da rede de apoio no tratamento medicamentoso

Faquinello, Marconi e Waidmann (2011) identificaram que a rede de apoio ao hipertenso possui pelo menos três vertentes: a rede formal; a rede familiar; e as redes sociais comunitárias. A rede de apoio formal, representada pelos profissionais da saúde, exerce um importante papel no auxílio ao hipertenso quando surge algum sintoma ou nos momentos de esclarecer dúvidas relacionadas ao tratamento. Entretanto, dentre

todas as profissões, somente o médico foi referido como profissional procurado para sanar dúvidas, e os participantes justificaram essa escolha pelo fato de ele ser o responsável pelo diagnóstico e tratamento, sendo também capacitado para a prescrição de medicamentos.

Pelo menos outros seis artigos enfatizavam a soberania do papel do médico no tratamento medicamentoso (FRIED; TINETTI; IANNONE, 2011; TARN et al., 2009; HOWES et al., 2010; MCGRATH et al., 2010; TAN et al., 2009; FRANZ et al., 2007). Isso pode ser reforçado, por exemplo, pelo fato de muitas pessoas seguirem uma terapia medicamentosa sem discutir ou questionar as prescrições por confiarem absolutamente em seu médico (TURNER; SHAW, 2013; WHILE et al., 2013).

Lyra Júnior et al. (2008) identificaram uma relação de dominação entre médicos e idosos, caracterizada pelo pouco diálogo, pela linguagem científica pouco compreendida pelos pacientes ou mesmo pela grafia ilegível, fatores que levam ao distanciamento e a interações verticalizadas. Todavia, alguns participantes se diziam respeitados e valorizados, o que favoreceu a comunicação, melhorando o entendimento sobre as doenças e reduzindo os riscos relacionados ao uso de medicamentos. Aliás, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes parece ser uma temática que merece ser mais trabalhada na assistência, posto que foi uma habilidade referida como ineficiente em outros dois estudos (BOKHOUR et al., 2006; KNIGHT et al., 2013). Orientações insuficientes no momento de uma alta hospitalar, por exemplo, podem gerar interpretações equivocadas e erros no uso de medicamentos quando o paciente retorna ao seu domicílio após um período de hospitalização. As pessoas costumam apresentar diferentes necessidades de informações sobre os medicamentos, mas em geral relatam que o ideal seria receber as orientações de alta não apenas verbalmente, como também por escrito. (KNIGHT et al., 2013; BORGSTEEDE et al., 2011b).

McGrath et al. (2010) pontuaram que as questões mais comuns na prática dos médicos ao prescreverem medicamentos são a não adesão, o receio sobre os efeitos adversos, interações medicamentosas e custos do tratamento, além do pouco entendimento dos pacientes sobre seu regime terapêutico. Um aspecto intrigante foi que esses participantes elogiaram um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (MTM, sigla em inglês) coordenado por farmacêuticos, mas afirmaram que o médico seria o profissional mais recomendado para tal função, por conhecer melhor os pacientes e ter mais conhecimento clínico. Esses médicos questionaram de que forma eles seriam recompensados pelo tempo gasto

nessa atividade ao coordenar o cuidado dos pacientes assistidos (McGRATH et al., 2010).

O papel e as atitudes de outros profissionais da equipe da saúde sobre o uso de medicamentos também têm sido objeto de estudo em diversos países. O farmacêutico, por exemplo, é mencionado como alguém capacitado para dar orientações sobre o uso racional de medicamentos, advertir sobre os efeitos colaterais, e ainda capaz de mediar a relação médico-paciente (TARN et al., 2012; COSTA; RABELO; LIMA, 2014). Por outro lado, Oliveira e Shoemaker (2006) encontraram que a atitude natural do farmacêutico afeta negativamente o cuidado, visto que este não costuma considerar as questões individuais do paciente. Esses autores sugerem que os farmacêuticos devem reconhecer, perguntar e refletir mais em sua prática diária, uma vez que os pacientes desejam ser escutados e que suas experiências sejam analisadas individualmente.

Os enfermeiros também foram alvo de pesquisas que avaliaram de forma positiva seu envolvimento com consultas e prescrições medicamentosas, sendo mencionado que as consultas de enfermagem são feitas sem pressa, prezando pela continuidade da atenção e incluem orientações claras embasadas cientificamente (WILSON; KATARIA; MCNEILLY, 2013; STENNER; COURTENAY; CAREY, 2011; XIMENES NETO et al., 2007).

Estudos ressaltaram também o importante papel da família no cuidado domiciliar ao idoso ou portador de doença crônica, pois os familiares precisam conhecer os efeitos, modo de uso e outros aspectos do regime terapêutico da pessoa cuidada (ZANETTI et al., 2008; WHILE et al., 2013). Entre as estratégias realizadas pelos familiares estão a busca pela redução dos custos do tratamento medicamentoso e a adoção de práticas naturais, da religiosidade e da afetividade como elementos do cuidado (CARREIRA; RODRIGUES, 2006).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico foi o da Grounded theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

De acordo com Minayo (2010), os estudos qualitativos são aqueles capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Buscam explicar as relações sociais consideradas essenciais ao resultado da atividade humana, que podem ser apreendidas através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

A pesquisa qualitativa considera sempre o contexto em sua totalidade e analisa as relações dentro de um sistema ou cultura, buscando compreender sua dinâmica e encontrar os significados (PRADO et al., 2008).

As técnicas de coleta de dados incluíram o Miniexame do Estado Mental – MEEM (BRASIL, 2006a), utilizado neste estudo para seleção dos participantes –, observação não participante (passiva), diário de campo e entrevista semiestruturada.

O instrumento utilizado na entrevista semiestruturada constou de um formulário composto por questões abertas abordando aspectos relacionados ao uso de medicamentos por idosos, considerando o contexto cultural em que estão inseridos. À medida que as entrevistas eram desenvolvidas, o formulário passava por ajustes conforme permitido pelas premissas do referencial teórico metodológico adotado, o que significa dizer que, depois das primeiras entrevistas, uma das questões, por exemplo, tornou-se mais ampla e, ainda, foi modificada a ordem entre duas perguntas, para que aquela mais aberta fosse feita primeiro, seguida de outra mais focalizada (APÊNDICE A).

Segundo Minayo (2010), a entrevista é capaz de orientar uma conversa com finalidade, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação pretendida, apreendendo o ponto de vista dos atores sociais que participam da pesquisa.

Sendo o objeto do presente estudo essencialmente qualitativo, e por tratar de questões que dizem respeito à compreensão do uso de medicamentos por idosos, optou-se por trabalhar à luz do referencial teórico-metodológico da TFD, que representa uma teoria derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Por serem baseadas em dados, tais teorias “tendem a oferecer

mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para ação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25).

No presente estudo, adotamos a TFD como referencial teórico metodológico, mas não o Interacionismo Simbólico, e, para justificarmos essa opção, nos apoiamos nos argumentos de Barney Glaser – um dos criadores do método juntamente com Anselm Strauss – de que a adoção do Interacionismo Simbólico é uma opção e não uma regra obrigatória para quem utiliza a TFD. O autor comenta ainda que os pesquisadores da área de enfermagem costumam assumir, ao iniciar um estudo, o Interacionismo Simbólico como suporte teórico, o que acaba por reduzir o poder metodológico da TFD (GLASER, 2005).

5.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Santa Cruz/RN, em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A cidade possui 624 km² de área e localiza-se na mesorregião do Agreste Potiguar, na microrregião da Borborema Potiguar (UFRN, 2010).

Quanto à sua formação administrativa, inicialmente foi considerada como distrito sob a denominação de Santa Cruz da Ribeira do Trairi, pela lei provincial nº 24 de 27/03/1835, tendo sido elevado à condição de cidade com o nome de Santa Cruz pela lei estadual nº 372 de 03/11/1914 (IBGE, 2013).

De acordo com dados do IBGE (2010), possui atualmente uma população total de 35.797 habitantes, entre os quais 4.184 são pessoas com 60 anos de idade ou mais, o que significa que 11,6% da população são idosos, um percentual superior à proporção do estado, que tem mais de três milhões de habitantes e dos quais 10,84% são idosos.

A rede de serviços de saúde está composta por 27 estabelecimentos de saúde, dos quais 10 são privados e 17 possuem caráter público (DATASUS, 2013). Grande parte da população santacruzense residente na zona urbana é atendida pelas 10 equipes das unidades cobertas pela ESF. No presente estudo foi levada em consideração apenas a área urbanizada que corresponde à *cidade* de Santa Cruz e não ao *município*, tendo em vista que a adoção desse último termo incluiria ainda a zona rural, a qual é atendida por uma UBS itinerante com duas equipes da ESF. A opção por esse cenário ocorreu em função do alto percentual de idosos residentes na cidade e também por ser o local de atuação da pesquisadora como docente de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino superior – a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A inserção da UFRN em Santa Cruz iniciou-se em meados dos anos de 1960, quando foi criado o Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária – CRUTAC – cujo objetivo era interiorizar a universidade através de treinamento e prestação de serviços à comunidade do interior do estado, configurando-se também como um espaço para realização de estágio curricular obrigatório de estudantes dos cursos na área da saúde. No ano 2007, quando surgiu a proposta do REUNI, a UFRN passou a sediar um novo *campus* em Santa Cruz com três cursos de graduação na área da saúde – enfermagem, fisioterapia e nutrição.

O cenário para realização da coleta de dados foi composto pelos domicílios dos idosos que fizeram parte deste estudo, todos localizados em áreas cobertas pela ESF e, por esse motivo, foi solicitada a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE B).

5.3 Participantes

Os participantes deste estudo foram pessoas idosas residentes na área adscrita a alguma Unidade Básica de Saúde com ESF localizada no Município de Santa Cruz/RN. Assim, para fazerem parte do estudo, os participantes precisavam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, e fazer uso de medicamentos por pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles que não apresentaram condições cognitivas para responder ao instrumento de pesquisa.

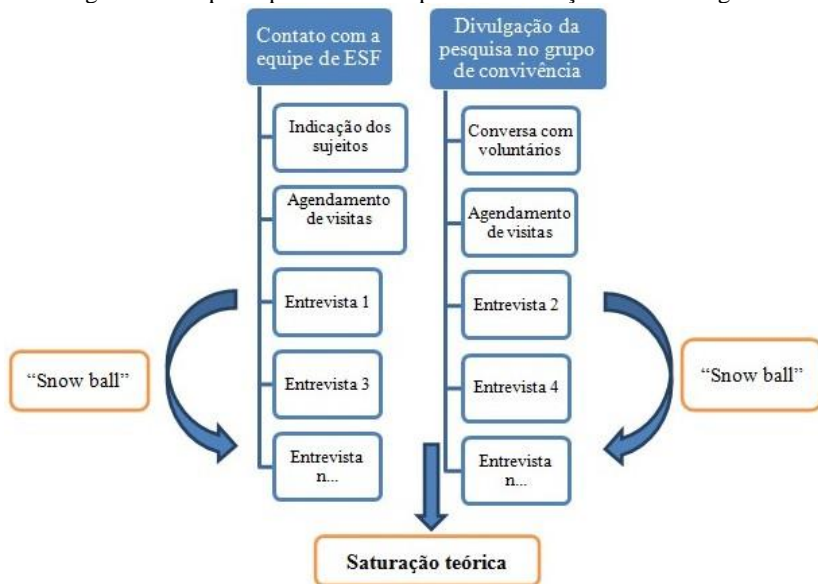
A função cognitiva foi avaliada mediante aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), um importante instrumento de rastreio da capacidade cognitiva, proposto originalmente por Folstein, M, Folstein, S. e McHugh (1975).

No presente estudo, tomamos como base a pontuação sugerida pelo Ministério da Saúde, no caderno de atenção básica nº 19 (BRASIL, 2006). Os pontos de corte são descritos da seguinte forma: pessoas não alfabetizadas (19 pontos), pessoas que tenham de 1 a 3 anos de escolaridade (24 pontos) e com sete anos ou mais de escolaridade (28 pontos), sendo a pontuação máxima de 30 pontos (ANEXO A). Aqueles que não atingiram a pontuação mínima de acordo com sua escolaridade foram excluídos do estudo, devido à possibilidade de possuir alguma alteração cognitiva que dificultasse seu entendimento quanto ao roteiro de entrevista e dificuldades de responder às questões. O MEEM tem sido amplamente utilizado como instrumento de avaliação cognitiva em idosos, de modo a rastrear os possíveis déficits cognitivos e risco de

demência (LOURENÇO; VERAS, 2006; MACHADO et al., 2007; BRASIL, 2010).

A seleção dos participantes aconteceu a partir da indicação feita por profissionais de uma das unidades de ESF do município, como também a partir de contatos em um grupo de convivência para idosos, conforme fluxo estabelecido pela própria pesquisadora (Figura 1). A primeira idosa entrevistada indicou a segunda participante e assim por diante, seguindo a técnica “Snow ball” ou “bola de neve”, até que fosse atingida a saturação teórica das categorias. Nesse sentido, um participante poderia inclusive indicar um idoso que residisse em outro bairro, desde que seu domicílio estivesse localizado em uma área coberta pela ESF.

Figura 4 – Mapa de possibilidades para conformação da amostragem



Fonte: Elaborada pela autora, 2013.

Procedendo dessa forma, foram realizadas 30 entrevistas com idosos residentes em três bairros do município, todos da zona urbana, tendo sido também realizadas visitas a outros quatro idosos que não foram incluídos por não atingirem a pontuação mínima no MEEM.

5.4 Aspectos éticos

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução CNS nº 466/12, que trata de pesquisas com seres humanos, de modo que os procedimentos de coleta realizados envolviam um risco mínimo à vida e saúde dos participantes. Nenhum entrevistado relatou qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa, sendo assim não foi necessário fornecer nenhum tipo de indenização, ressarcimento ou assistência aos participantes.

Para cumprir a Resolução CNS nº 466/12, inicialmente foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN e da respectiva unidade onde foi realizada a coleta de dados (APÊNDICE B). Em seguida o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) e a coleta de dados somente foi iniciada após aprovação por meio do Parecer nº 412.476/2013 (ANEXO B). Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) e o assinaram somente aqueles que concordaram em participar da pesquisa.

Foram mantidos o sigilo das informações e o anonimato dos participantes e, para tanto, estes foram identificados de acordo com as letras iniciais de seus primeiros nomes seguidas de um número que indica sua entrada no estudo, como, por exemplo, SMC01. Os registros impressos das entrevistas ficaram armazenados em pastas-arquivo, sob a guarda da pesquisadora, e serão mantidos por um período de cinco anos, a ser contabilizado a partir do início da coleta de dados. As gravações em áudio bem como registros em formato digital, documentos de Word, Excel e similares foram armazenados em CD-ROM contendo, exclusivamente, material relacionado à pesquisa, e também permanecerão sob guarda da pesquisadora pelo mesmo período de tempo que o material impresso.

5.5 Procedimentos de coleta de dados

O primeiro passo rumo à coleta de dados consistiu na entrada da pesquisadora no campo, momento em que foram prestados aos profissionais da equipe os esclarecimentos necessários acerca da pesquisa. Estes profissionais foram informados de que poderiam indicar idosos que fossem potenciais participantes, como forma de compor a amostragem teórica.

Ademais, outro modo de acessar os sujeitos de pesquisa foi a partir dos encontros do grupo de convivência dos idosos, sediado em duas das USFs do município e coordenado pela própria pesquisadora em parceria com a enfermeira da equipe da ESF. Em alguns desses encontros, foram apresentados os pontos principais da pesquisa e os idosos foram convidados a participar do estudo.

As entrevistas se realizaram individualmente com os idosos que se dispuseram a participar do estudo e, mediante sua concordância, foi apresentado o TCLE e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Estas aconteceram no domicílio do próprio idoso e apenas uma ocorreu na unidade de saúde, respeitando a disponibilidade do usuário e evitando coincidências com o horário das consultas nas unidades. As mesmas eram agendadas de acordo com a disponibilidade do idoso e, para tanto, foram realizadas visitas junto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da respectiva microárea, de modo que ele pudesse mostrar o endereço do participante.

Considerando que muitos dos entrevistados foram convidados a partir de sua participação no grupo de convivência coordenado pela pesquisadora, houve certa facilidade em conseguir realizar as visitas e entrevistas, uma vez que já existia um vínculo de confiança.

Para melhor apreensão das falas, as entrevistas foram todas gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes. As transcrições foram feitas pela própria pesquisadora imediatamente após cada entrevista realizada, um importante requisito que precisa ser considerado em estudos qualitativos. A coleta de dados aconteceu no período de outubro de 2013 a junho de 2014, concomitantemente à transcrição das entrevistas audiogravadas e pré-análise do material.

No diário de campo foram escritas algumas impressões da pesquisadora, os dados de conversas informais, atitudes e comportamentos do interlocutor no momento da coleta, com informações que contribuíram no processo de análise dos dados (MINAYO, 2010). Esses registros contribuíram, em especial, no alcance de um dos objetivos específicos – identificar o tratamento medicamentoso utilizado pelos idosos pesquisados – tendo em vista que a coleta de dados aconteceu na casa de cada idoso. Assim, foi possível registrar os aspectos do ambiente físico e social, encontrando nuances que ajudaram a entender um pouco mais sobre o modo como o idoso utilizava medicamentos e outras terapias complementares, como, por exemplo, a presença de uma horta em casa ou uma caixa onde guardava os remédios.

5.6 Análise dos dados: o processo de codificação

À medida que as entrevistas eram realizadas, iam sendo transcritas pela própria pesquisadora em arquivos separados por informante no programa Microsoft Word. Nesse momento também passavam por uma primeira análise nos moldes da amostragem teórica, o que nos levou a procurar novos sujeitos, ao mesmo tempo em que fazíamos adaptações no roteiro de entrevista com base em nossas notas de campo. Os arquivos das transcrições foram convertidos para o formato Rich Text (.rtf) de modo que se tornassem compatíveis com o *software* de análise utilizado, o Atlas ti.

A análise dos dados seguiu o processo de codificação aberta, axial e seletiva, que culminou com o emergir de novas categorias ilustradas através do modelo paradigmático construído com base em Strauss e Corbin (2008).

6 RESULTADOS

6.1 A construção do modelo paradigmático

Criada a unidade hermenêutica no Atlas ti versão 7.5.2, foram inseridas as 30 entrevistas e iniciada a leitura linha a linha – microanálise – como parte da codificação aberta, onde inicialmente foram criados 1195 códigos. Ao mesmo tempo em que os códigos eram criados, elaboraram-se também 15 memorandos/memos, os quais foram desenvolvidos, crescendo em profundidade e recebendo referências para ligar tais discussões a outras produções que davam suporte a essas ideias. Os memos estavam relacionados às falas e apresentavam suas datas de criação e da última modificação.

Os 1195 códigos criados na codificação aberta inicialmente passaram por uma releitura, de modo que aqueles semelhantes fossem reagrupados, sem perder as falas correspondentes a ele, restando 608 códigos (APÊNDICE D). Também foram descartados aqueles códigos que não possuíam relação direta com os objetivos da pesquisa.

Esse processo de reagrupamento e identificação de códigos ligados ao tema se assemelha ao que Strauss e Corbin (2008) explicam sobre a codificação axial. Desse modo, observamos que o processo de “ir e vir” nos dados não é algo linear, visto que os próprios autores explicam que, na TFD, os três tipos de codificação não acontecem necessariamente em uma sequência fechada. Nessa seleção, os códigos recebiam um prenome que remetia às famílias criadas.

A criação de famílias é um recurso do *software* Atlas ti, que auxilia o pesquisador a organizar os códigos ao agrupá-los de acordo com atributos que os tornam semelhantes em torno de um conceito (CONTRERAS, 2014). Embora as famílias não sejam exatamente as categorias do estudo, essas contribuíram muito no momento da categorização, pois forçaram a pesquisadora a se questionar sobre “O que está acontecendo aqui?”, uma pergunta que se deve fazer constantemente aos dados ao buscar compreender o fenômeno.

Ao todo foram criadas 15 famílias (APÊNDICE D), das quais quatro reuniam códigos não relacionados diretamente ao objeto de pesquisa e que por isso foram reservados no banco de dados para estudos posteriores. As outras 11 famílias agruparam códigos que tinham relação com a temática (438 códigos) e, portanto, receberam anotações em forma de memorandos e geraram diagramas, os quais foram fundamentais na etapa descrita a seguir.

As categorias deste estudo emergiram das famílias criadas no Atlas ti, as quais reuniam códigos identificados durante a codificação aberta e reagrupados na codificação axial. Para melhor visualização das famílias, estas receberam diagramas explicativos que apontavam as relações entre códigos e destes com o conceito central de cada família. As relações demonstradas ainda nos diagramas auxiliaram o entendimento do papel que a categoria desempenharia no esquema/modelo paradigmático, ao passo que a nomeação das categorias partiu de elementos contidos nos códigos *in vivo*, ou seja, quando se utiliza de termos usados pelos próprios participantes.

Um esquema organizacional que pode ser útil para favorecer o entendimento sobre as associações entre categorias é o paradigma, o qual ordena os dados de maneira a integrar estrutura e processo. Os componentes básicos do paradigma são as condições, as ações/interações e as consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As condições causais, interventoras e contextuais representam os fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes ao fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008). Neste estudo, a construção do modelo paradigmático ou paradigma aparece como algo importante, pois permitiu descobrir as relações entre as categorias, ilustrar e contextualizar o fenômeno em termos de estrutura e processo.

À medida que o processo de codificação avançava, percebíamos que as categorias possuíam subcategorias que as qualificavam, pois eram capazes de explicar como, por que, quando e em que condições o fenômeno ocorria, ou seja, as subcategorias ajudavam a descrever as categorias em termos de propriedades e dimensões.

O procedimento de relacionar as categorias às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos faz parte da codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 124).

Quadro 2 – Descrição das categorias, respectivas subcategorias e posição que ocupam no paradigma

No paradigma	Categoria	Subcategorias
AÇÕES/ INTERAÇÕES	Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária	<ul style="list-style-type: none"> - Entendendo a função do remédio para melhor se cuidar - Organizando a vida diária de acordo com os remédios e cuidados envolvidos
CONDIÇÃO CAUSAL	Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitando do medicamento para viver - Sentindo que o medicamento não cura, mas é uma prevenção ou paliativo
CONDIÇÕES INTERVENTORAS	Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo que o medicamento faz mal ou não resolve o problema de saúde - Sentindo que o medicamento faz bem à saúde
	Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo o medicamento gratuitamente - Tendo que comprar o medicamento - Cumprindo as exigências para receber o medicamento
CONDIÇÕES CONTEXTUAIS	Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé	<ul style="list-style-type: none"> - Usando medicamentos na vida diária - Entendendo a função dos remédios caseiros e chás para decidir o seu uso - Confiando em Deus para ter saúde
	Interagindo com a rede de apoio (profissionais, amigos, familiares e rezadeiras)	<ul style="list-style-type: none"> - Seguindo as recomendações dos profissionais de saúde - Valorizando as sugestões/opiniões dos familiares e amigos - Tendo fé nas crenças populares

CONSEQUÊNCIAS	Seguindo o tratamento medicamentoso	
	Deixando de usar os remédios	
	Necessitando de mudança no tratamento medicamentoso	

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

A codificação seletiva consiste no processo de integrar e refinar categorias, e somente depois que as principais categorias são integradas para formar um esquema teórico maior é que os resultados assumem a forma de uma teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Identificar a categoria central é o primeiro passo na integração das categorias, visto que esta representa o tema principal da pesquisa e deve ser capaz de explicar sobre o que estamos estudando e quais parecem ser os problemas importantes para os participantes.

Para chegar a esse ponto, revisitamos inúmeras vezes o esquema paradigmático construído (Figura 2), observamos atentamente os diagramas e as relações entre os conceitos. Como os próprios autores sugerem, discutimos o assunto com nossos pares, pois pessoas “de fora” da pesquisa podem nos fazer perguntas sobre os dados que nos levam a buscar respostas sobre “O que está acontecendo aqui?”, o que em muito nos auxiliou para vislumbramos a ideia central do estudo.

A categoria central deste estudo corresponde à categoria que representa nossa condição causal, e permite uma ideia mais abrangente sobre a teoria delimitada neste estudo: “Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos”. A nomeação da categoria central emerge de códigos in vivo criados ainda na codificação aberta, e utiliza o termo “controle” que foi fortemente mencionado pelos idosos como algo que se almeja ao usar medicamentos.

Lembramos que na construção da teoria os resultados devem ser apresentados como um conjunto de conceitos inter-relacionados e não apenas como uma listagem de temas. Para tanto, é fundamental fazer uso de declarações relacionais através das quais o pesquisador explica o que está acontecendo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Figura 5 – O esquema paradigmático, baseado no modelo de Strauss e Corbin (2008)



Fonte: Elaborada pela autora, 2014.

Cabe destacar a importância das categorias que, no modelo, exercem o papel de condições interventoras, e que incluem a percepção dos idosos quanto aos efeitos bons e ruins atribuídos ao medicamento, além de suas formas de aquisição. Foram identificados casos em que as dificuldades de acesso gratuito ao medicamento e a presença de desconforto físico, por exemplo, levaram ao abandono da terapia, mas também foram situações que despertaram em alguns idosos a necessidade de mudança na terapia. Por outro lado, quando experimentavam sensações de bem estar e tinham facilidade de adquirir os medicamentos, os idosos entrevistados se mostraram mais propensos a seguir o regime terapêutico. Dessa forma, percebe-se que as condições interventoras são capazes de alterar o fenômeno ou categoria central – aqui representada pela condição causal do modelo – e geram determinadas consequências. A depender da consequência vivida por cada idoso, diferentes estratégias são buscadas para lidar com o uso de medicamentos na vida diária, simbolizadas como ações/interações realizadas por estes.

Como pode ser observado na figura acima, a maioria das categorias está inserida dentro de um círculo composto por duas categorias que correspondem às condições contextuais, separadas graficamente por uma linha esférica pontilhada. Essa representação gráfica pretende mostrar que tais condições contextuais – de abrangência micro – têm uma influência contínua e direta sobre os problemas e situações que os idosos vivenciam ao usar medicamentos; nos mostra também que o fenômeno sob investigação ocupa o centro do modelo, e ainda que os idosos entrevistados respondiam às condições e consequências através de determinadas ações/interações, *buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária*.

Analisando os fatores que poderiam influenciar o fenômeno em um contexto macro, é possível citar as principais políticas e programas nacionais que dizem respeito ao uso de medicamentos, ao cuidado à saúde do idoso e ao uso dos remédios caseiros ou tratamentos alternativos, a saber: a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006c), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b), a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001) e a adoção da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME –, além das listas municipais e estaduais (PORTELA et al., 2010) e do Programa Hiperdia.

Com base no exposto, se poderia admitir a existência de mais um círculo contornando o modelo, simbolizando fatores que influenciariam o fenômeno em um contexto macro. No entanto, seguindo os princípios do referencial da TFD, segundo o qual todos os itens do paradigma devem emergir dos dados, inserir tais condições contextuais macro no modelo seria algo artificial, tendo em vista que os participantes não mencionaram em nenhum momento a existência de tais políticas como algo relacionado ao seu cuidado com o uso diário de medicamentos, embora saibamos que, como usuários do Sistema Único de Saúde, todos estavam sujeitos a tais determinações legais.

6.2 Caracterização dos participantes

Os participantes deste estudo correspondem a 30 idosos, sendo 22 mulheres e oito homens. Os dados referentes à idade, religião, estado civil, ocupação e renda serão detalhados a seguir:

Quadro 3 – Caracterização dos participantes quanto a: idade, sexo, religião, estado civil, ocupação e renda (em salários mínimos). Santa Cruz/RN, 2015.

Participantes	Sexo	Idade	Religião	Estado civil	Ocupação	Renda
SMC01	F	81	Católica	Casada	Aposentada	2
GAO02	F	68	Católica	Casada	Aposentada e feirante	2
JOP03	M	68	Católica	Casado	Aposentado (agricultor)	2
ERS04	F	83	Católica	Casada	Aposentada (agricultora)	2
GRS05	M	86	Católica	Casado	Aposentado (agricultor)	2
FJMS06	F	62	Católica	Viúva	Aposentada (ASG)	2
FCN07	F	89	Católica	Viúva	Aposentada (agricultora)	3
MLSF08	F	60	Católica	Casada	Dona de casa	4
GF09	M	63	Católica	Casado	Autônomo	4
MSF10	F	68	Católica	Viúva	Pensionista	1
MFSS11	F	63	Católica	Viúva	Aposentada (professora)	3
MFJ12	F	78	Católica	Viúva	Pensionista	2
MNSL13	F	69	Católica	Viúva	Pensionista	2
MSSC14	F	63	Evangélica	Divorciada	Pensionista	2
IISA15	F	75	Católica	Viúva	Aposentada (costureira)	4
MGS16	F	70	Evangélica	Casada	Aposentada (ASG)	2
IVN17	F	79	Evangélica	Solteira	Aposentada (professora)	3
RPR18	F	93	Católica	Viúva	Aposentada	2
MADC19	F	65	Católica	Casada	Aposentada (agricultora)	2
MFC20	M	73	Católica	Casado	Aposentado (agricultor)	2
FRLS21	F	65	Católica	Casada	Aposentada (ASG)	2
JBP22	F	80	Católica	Casada	Aposentada (agricultora)	1

MMFL23	F	61	Católica	Casada	Dona de casa	2
GJL24	M	63	Católica	Casado	Autônomo	2
MSA25	F	72	Católica	Solteira	Aposentada (agricultora)	1
JRB26	M	84	Católica	Casado	Aposentado (agricultor)	2
MLFS27	F	60	Católica	Casada	Aposentada (agricultora)	2
MRM28	F	84	Católica	Viúva	Aposentada (merendeira)	2
RB29	M	71	Católica	Casado	Aposentado (autônomo)	2
JPS30	M	67	Católica	Casado	Aposentado (agricultor)	2

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Segundo dados do IBGE (2009a), a maioria dos idosos do Rio Grande do Norte (44,3%) tinha, em 2008, um rendimento médio mensal domiciliar na faixa de meio a um salário mínimo. O indicador renda torna-se relevante considerando que a pobreza está relacionada a vários comportamentos que afetam a saúde (LIMA-COSTA, 2004).

As características encontradas em nosso estudo se assemelham aos achados de Andrade *et al.* (2014) em que, entre os 294 idosos hipertensos entrevistados, todos atendidos pela ESF, a maioria era do sexo feminino (61,2%), casada (59,2%), de religião católica (68,4%) e tinham renda de 1 a 2 salários mínimos (68,4%). As informações referentes à escolaridade serão apresentadas a seguir em conjunto com a pontuação obtida no MEEM, instrumento utilizado aqui para avaliar o critério de exclusão da condição cognitiva.

Quadro 4 – Distribuição dos participantes quanto à escolaridade (em anos) e pontuação no MEEM. Santa Cruz, RN, 2015.

Escolaridade	Pontuação esperada	Participantes	Pontuação no MEEM
0	Mínimo de 19 pontos	ERS04	23
		GRS05	19
		GF09	26
		MFJ12	19
		MFC20	23
		JBP22	19
		JRB26	19
		MLFS27	23
		RB29	23
		JPS30	22
1 a 4 anos	24 a 28 pontos	SMC01	26
		FCN07	28
		MLSF08	24
		MSF10	25
		MADC19	26
		FRLS21	26
		MSA25	26
		MRM28	24
5 a 7 anos	25 a 28 pontos	JOP03	25
		MNSL13	28
		IISA15	26
		MGs16	27
		RPR18	25
		GJL24	27
8 anos ou mais	28 a 30 pontos	GAO02	30
		FJMS06	28
		MFSS11	29
		MSSC14	28
		IVN17	28
		MMFL23	28

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Os dados acima mostram pouca diferença na pontuação obtida no teste por idosos que tinham de um a quatro anos de estudo comparados aos com cinco a sete anos. Em conformidade com a classificação adotada, aqueles que tinham maior escolaridade (oito anos de estudo ou

mais) obtiveram as pontuações mais altas. Considera-se importante apresentar os dados referentes aos anos de estudo e pontuação no MEEM devido ao fato de o desempenho de indivíduos testados com instrumentos de avaliação cognitiva ser fortemente influenciado pela escolaridade (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram que, no Brasil, os idosos têm em média 4,1 anos de estudo, e, no Estado do Rio Grande do Norte, essa média cai para 2,4 anos. Considerando o total de idosos do estado, estima-se que 52,1% tenham menos de um ano de instrução (IBGE, 2009a).

Lima-Costa (2004) destaca a importância de considerar a escolaridade como um indicador que pode afetar à saúde, tendo em vista a maior exposição a comportamentos prejudiciais, como tabagismo, sedentarismo, e menor consumo frutas, verduras ou legumes frescos por pessoas com menos anos de estudo.

Diante do objeto de estudo da presente pesquisa, que visa investigar o uso de medicamentos em idosos, também consideramos relevante apresentar a caracterização desses participantes quanto ao uso de medicamentos, remédios caseiros e doenças crônicas referidas.

6.3 Uso de medicamentos e remédios caseiros

No presente estudo, os participantes usavam de 1 a 10 medicamentos por pessoa, ao passo que faziam uso de 0 a 8 receitas caseiras por pessoa. Com exceção de um participante, todos os outros referiram pelo menos uma doença crônica, onde a mais comum foi a hipertensão arterial (23 idosos), seguida pela diabetes mellitus tipo 2 (11 idosos) e osteoporose (7 idosos), além de outras menos frequentes mencionadas no quadro abaixo. O somatório desses números é superior ao total de participantes, tendo em vista que alguns idosos mencionaram ter mais de uma doença crônica.

Em estudo anterior realizado em um município vizinho ao local da atual pesquisa, também foi identificado que as doenças mais frequentes em idosos eram a hipertensão arterial (97,8%), seguida pela diabetes mellitus tipo 2 (24,4%) e osteoporose (2,2%). Em muitos casos havia a combinação de hipertensão e diabetes, comorbidades que triplicaram as chances do idoso de ter alguma dependência para realizar as atividades instrumentais da vida diária (SANTOS JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014)

Quadro 5 – Caracterização dos participantes quanto às doenças referidas, o número de medicamentos alopáticos e remédios caseiros mencionados. Santa Cruz/RN, 2015.

Participante	Idade	Sexo	Doenças referidas	Nº de medicamentos	Nº de remédios caseiros
SMC01	81	F	HAS, DM 2, Osteoporose	4	8
GAO02	68	F	HAS, Osteoporose, Distúrbio da tireoide	4	4
JOP03	68	M	HAS, Microangiopatía	10	1
ERS04	83	F	HAS	5	2
GRS05	86	M	Pneumonia	1	0
FJMS06	62	F	Osteoporose	1	1
FCN07	89	F	HAS, Glaucoma, Amebíase	7	4
MLSF08	60	F	Osteoporose	1	2
GF09	63	M	HAS, Hipercolesterolemia	2	2
MSF10	68	F	HAS, DM2	4	5
MFSS11	63	F	HAS, DM2, ITU	7	0
MFJ12	78	F	HAS	4	3
MNSL13	69	F	HAS, DM2	4	0
MSSC14	63	F	HAS, DM2, Incontinência urinária.	6	3
IISA15	75	F	HAS, DM2, Osteoporose	7	1
MGS16	70	F	HAS, Osteoporose	5	2
IVN17	79	F	HAS, DM2, Osteoporose	8	2

RPR18	93	F	HAS	3	2
MADC19	65	F	HAS, DM2	3	0
MFC20	73	M	Hiperplasia de próstata, Gastrite	1	1
FRLS21	65	F	HAS	4	2
JBP22	80	F	HAS	1	2
MMFL23	61	F	HAS, DM2	4	1
GJL24	63	M	HAS, DM2	4	1
MSA25	72	F	Osteopenia, Dislipidemia, Problema renal*	4	2
JRB26	84	M	HAS, DM2	2	0
MLFS27	60	F	HAS	4	0
MRM28	84	F	HAS	7	1
RB29	71	M	DM1, IRC	9	1
JPS30	67	M	--	1	1

Notas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Melitus tipo 1 ou 2 (DM1 ou DM2), Insuficiência Renal Crônica (IRC). *Não soube especificar.

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Se for considerado o conceito de polifarmácia como o uso de três fármacos ou mais, quase todos os entrevistados (22) se encaixavam nessa definição. Foram identificados 61 medicamentos diferentes, sendo os mais citados: hidroclorotiazida (11 idosos); losartana (9 idosos); metformina (9 idosos); sinvastatina (6 idosos), atenolol (5 idosos) e AAS (5 idosos).

Em conformidade com os dados já apresentados sobre as doenças mais citadas, foi elevado o número de medicamentos usado no tratamento de doenças cardiovasculares, sendo hipertensão a mais comum, e de doenças metabólicas, como a diabetes. Outros autores já demonstraram que os medicamentos voltados para o sistema cardiovascular são os mais utilizados por idosos na ESF, sendo os diuréticos e os inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) os mais comuns (MARCHIOLI et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; MARIN et al., 2008).

Também foi alto o consumo de sintomáticos, sendo mencionados sete Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs), sete corticostéóides e ainda 12 drogas com ação sobre o trato gastrointestinal, algo preocupante se levarmos em consideração os constantes relatos de automedicação nesses casos. Aparecem ainda alguns psicotrópicos e, em menor número, os antimicrobianos e fitoterápicos (APÊNDICE E).

Telles Filho, Almeida e Pinheiro (2013) identificaram, entre idosos atendidos pela ESF no interior de Minas Gerais, que 88% tinham recorrido à automedicação mais de 10 vezes por mês no último ano, justificando essa prática devido ao surgimento de sintomas como dor de cabeça, gripe e dor no corpo. Na maioria dos casos, a busca pela automedicação foi motivada pelo fato de já possuir o medicamento em casa.

Conforme exposto no Quadro 4, muitos idosos utilizavam remédios caseiros, sendo citados 29 tipos diferentes desses recursos. Os mais utilizados por eles foram a cidreira, o boldo e a hortelã, geralmente preparados na forma de chá. Este último – a hortelã – costumava ser associado com outros produtos, sendo adicionado nos sucos de beterraba, de graviola ou combinado com alface e limão, para citar alguns exemplos. Em seguida, aparecem a camomila (usada por quatro idosos), o alecrim e o capim santo, citados por três idosos, cada (APÊNDICE F).

Dos 30 participantes, 24 disseram fazer ou já ter feito uso de algum remédio caseiro, mostrando que essa parece ser uma prática comum entre os idosos da realidade estudada, sendo utilizada para diversos fins. Outras duas idosas mencionaram vários tipos de chás e, em seguida, afirmaram que nunca utilizaram esse recurso.

Aqueles que usavam remédios caseiros o faziam para aliviar determinados sintomas, sendo a cólica abdominal e sensação de má digestão a queixa mais citada – 11 preparações foram mencionadas nesse sentido e, em alguns casos, o mesmo idoso usava mais de um chá para esse fim –, seguida daqueles remédios que os idosos afirmavam reduzir a pressão arterial – alecrim (citado por dois idosos), camomila, endro e chuchu – e, ainda, uma mesma idosa citou quatro remédios caseiros para tratar diabetes – jabuticaba, aroeira, capim santo e none. Outras funções atribuídas aos remédios caseiros, e que apareceram de forma mais pontual, incluem os chás e preparações voltadas para o tratamento de verminoses, gripes e resfriados, insônia, doenças cardiovasculares, câncer, hábito intestinal, cálculo renal, infecção urinária, cuidado com os ossos e olhos. Enquanto isso, dois idosos

disseram usar chás apenas como alimento e não como medicamento, afirmando manter esse hábito para o próprio conforto.

Nesse contexto, vale destacar ainda nossa preocupação com aqueles que acreditavam que determinada preparação “serve para tudo” – nesse caso, nos referimos ao chá de barba-tímão e o none –, além daqueles que seguiam essa prática mesmo sem saber a função de tal receita.

Embora sejam popularmente associadas a uma noção de segurança, as plantas medicinais não são totalmente isentas de risco e muitas são capazes de interagir com os medicamentos alopáticos gerando complicações (LIMA et al., 2012). Por esse motivo, os profissionais de saúde devem estar sempre atentos aos recursos terapêuticos utilizados pelos idosos, avaliando seus riscos e benefícios, e orientando essas pessoas a realizarem o seu cuidado de modo mais seguro.

6.4 Manuscritos

Em cumprimento a Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados da pesquisa serão apresentados no formato de três manuscritos que agruparam as categorias e respectivas subcategorias da seguinte maneira:

- Manuscrito 1, intitulado de **Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária**, onde serão abordadas as categorias que correspondem às ações/interações e condição causal do modelo gerado a partir dos dados;
- Manuscrito 2 – **Condições contextuais que influenciam o uso de medicamentos em idosos na atenção primária à saúde** – o qual aborda as condições contextuais que influenciam o fenômeno;
- Manuscrito 3 – **Uso de medicamentos por idosos: efeitos percebidos e formas de acesso ao tratamento** – que apresenta e discute as condições interventoras que influenciam o fenômeno estudado.

Depois de apresentados os manuscritos, serão detalhadas as categorias que emergiram como consequências no modelo paradigmático e que resultam das ações/interações ou da ausência dessas

por parte dos idosos entrevistados ao conviverem com o uso de medicamentos.

6.4.1 Manuscrito 1

BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O USO DE MEDICAMENTOS NA VIDA DIÁRIA

SEEKING STRATEGIES TO DEAL WITH MEDICAMENT USE IN DAILY LIFE

BUSCANDO ESTRATEGIAS PARA LIDIAR CON EL USO DE MEDICAMENTOS EN LA VIDA DIARIA

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo compreender as ações utilizadas pelos idosos para lidar com o uso de medicamentos em sua vida diária. Estudo de abordagem qualitativa que teve como referencial teórico-metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, tendo sido desenvolvido no Município de Santa Cruz/RN, onde foram entrevistados 30 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Após a transcrição das falas, procedeu-se à codificação dos dados, que geraram categorias organizadas de acordo com o modelo paradigmático de Strauss e Corbin. Este recorte apresenta os resultados referentes às categorias: “buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária” e “controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos”, as quais correspondem às ações/interações e condição causal do modelo gerado a partir dos dados. As atitudes adotadas pelos entrevistados no tocante ao uso de medicamentos no seu cotidiano fornecem estratégias que podem ser úteis para outros idosos em diferentes contextos. As mesmas talvez os auxiliem no uso de medicamentos em sua vida diária com vistas a manter sua condição de saúde e prevenir iatrogenias ou outros agravos em seu processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Idoso. Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família ou Atenção Primária de Saúde.

ABSTRACT

This article aims to understand the actions used by the elderly to deal with drug use in your daily life. A qualitative study that had as methodological reference the Grounded Theory, having been developed in the city of Santa Cruz/RN, where they were interviewed 30 elderly enrolled in the Family Health Strategy (FHS). After transcription of the speeches, we proceeded to the encoding of data, generating categories organized according to the paradigmatic model of Strauss and Corbin. This cut shows the results for the categories: "seeking strategies to deal with drug utilization in daily life" and "managing a health/disease condition and life with the drug utilization", which correspond to the actions/interactions and causal condition of the generated model from the data. The attitudes adopted by the interviewees regarding the use of medications in their daily lives provide strategies that can be useful for other seniors in different contexts. These strategies may assist them in the use of medications in their daily life in order to keep their health condition and prevent iatrogenic or other health problems in aging process.

Key-words: Drug utilization. Aged. Nursing. Family Health Strategy. Primary Health Care.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo comprender las acciones llevadas a cabo por los ancianos para lidiar con el uso de medicamentos en su vida diaria. Estudio de abordaje cualitativo que tuvo como referencial metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos, habiéndose desarrollado en el Municipio de Santa Cruz/RN, donde fueron entrevistados 30 ancianos registrados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Después de la transcripción de los discursos, se procedió con la codificación de los datos, que generaron categorías organizadas de acuerdo al modelo paradigmático de Strauss y Corbin. Este recorte presenta los resultados referentes a las categorías: "buscando estrategias para lidiar con el uso de medicamentos en la vida diaria" y "controlando una situación de salud/enfermedad y de vida con el uso de medicamentos", las cuales corresponden a las acciones/interacciones y condición causal del modelo generado a partir de los datos. Las actitudes adoptadas por los entrevistados en relación al uso de medicamentos en su cotidiano otorgan estrategias que pueden ser útiles para otros

ancianos en diferentes contextos. Las mismas tal vez los auxiliem en el uso de medicamentos en su vida diaria con vistas a mantener su condición de salud y prevenir iatrogenias u otros agravamientos en su proceso de envejecimiento.

Palabras clave: Uso de medicamentos. Anciano. Enfermería. Estrategia de Salud de la Familia o Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Atualmente sabe-se que o número de idosos na população é crescente, o que, por um lado, reflete a melhoria das condições de vida de modo geral, e, por outro, lança inúmeros desafios à sociedade atual.

O processo de envelhecimento populacional influencia uma crescente demanda por medicamentos, geralmente de uso contínuo, destinados ao tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Como uma das portas de entrada na rede dos serviços de saúde é a atenção básica, nesse contexto é comum encontrar idosos que possuem pelo menos uma doença crônica e que costumam basear seu tratamento na terapia medicamentosa. Estudos identificaram que, muitas vezes, o uso de medicamentos configura-se como uma prática naturalmente integrada ao cotidiano do idoso (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013; KIRKEGAARD et al., 2013; KRSKA et al., 2013). O fato de utilizar vários medicamentos ao dia implica na organização das atividades de modo que nenhuma dose seja esquecida ou duplicada, tendo em vista as complicações que podem surgir desses equívocos.

Os medicamentos representam um dos aspectos mais importantes da atenção à saúde do idoso, o que pode ser atribuído à cultura da medicalização da saúde vivida nos dias de hoje (FLORES; BENEVEGNÚ, 2008).

Há que se considerar, ainda, que, devido às modificações fisiológicas próprias do envelhecimento, é necessária uma atenção especial ao risco de o idoso utilizar medicamentos inapropriados, ou seja, aqueles cujos danos superam os benefícios e que têm maiores chances de gerar reações adversas. Estudo realizado no Estado de São Paulo identificou que o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPIs) estava relacionado à presença de duas ou mais doenças, à polifarmácia, às dificuldades na realização das atividades diárias e à fragilidade (CASSONI et al., 2014).

Diante disso, observa-se que existe uma série de fatores com os quais o idoso precisa lidar diariamente para cumprir seu regime

terapêutico de forma satisfatória e, assim, cuidar da saúde. Considerando essa problemática, o presente artigo tem o objetivo de compreender as ações utilizadas pelos idosos para lidar com o uso de medicamentos em sua vida diária, a partir de um modelo teórico baseado em Strauss e Corbin (2008).

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa que teve como referencial teórico-metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, baseada em princípios de Strauss e Corbin (2008). A pesquisa foi desenvolvida no Município de Santa Cruz/RN, tendo como cenário o domicílio dos 30 idosos entrevistados, residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados aconteceu no período de outubro de 2013 a junho de 2014, concomitantemente à transcrição das entrevistas audiogravadas e pré-análise do material, sendo todas essas etapas realizadas pela própria pesquisadora, de modo que favorecesse o envolvimento com o objeto de estudo e a sensibilidade teórica, habilidades fundamentais ao se adotar o presente referencial teórico.

Foram respeitados os requisitos éticos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo o estudo sido aprovado pelo Parecer de nº 426.573/2013, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC).

A seleção dos participantes iniciou-se a partir da divulgação da pesquisa em grupos de convivência para idosos cujas atividades acontecem em duas unidades básicas do município, bem como a partir de indicações fornecidas por profissionais da ESF que foram esclarecidos quantos aos objetivos de estudo. À medida que o estudo se desenvolvia, os idosos e profissionais indicavam outros participantes em potencial, seguindo a chamada técnica de “*snow ball*” ou bola de neve.

Para compor a amostra, os participantes necessitavam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e fazer uso de medicamentos por pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles que não apresentaram condições cognitivas para responder ao instrumento de pesquisa. A função cognitiva foi avaliada mediante aplicação do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (BRASIL, 2006).

O material transcrito foi transferido para o *software* Atlas ti e assim as entrevistas foram codificadas, gerando um total 1195 códigos. Os códigos identificados durante a codificação aberta passaram por uma releitura de modo que fossem refinados e agrupados em famílias. Nesse momento, foram construídos alguns diagramas com o auxílio do

programa utilizado, oferecendo uma melhor visualização sobre como os códigos se relacionavam e se articulavam para formar as categorias e, posteriormente, foi construído o modelo paradigmático.

Segundo Strauss e Corbin (2008), o paradigma é uma representação gráfica que mostra as relações entre as categorias e destas com a categoria central, que neste estudo foi assim denominada: “Cuidando de uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos”. Nessa concepção adotada, as categorias se encaixam dentro dos componentes básicos que estruturam o paradigma, quais sejam: ações/interações, condições causais, condições contextuais, condições interventoras e consequências. Os rótulos colocados nas condições – causais, contextuais e interventoras – ajudam a organizar as relações complexas que existem entre estas e as ações/interações do sujeito no que concerne ao objeto de estudo – o uso de medicamentos em idosos.

O presente artigo aborda as categorias e subcategorias que compõem as ações/interações e condições causais do paradigma emergente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONTROLANDO UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA E DE VIDA COM O USO DE MEDICAMENTOS

No modelo paradigmático, a condição causal é aquela que influencia o fenômeno⁹ e, no caso deste estudo, pôde ser elucidada ao lançarmos as seguintes perguntas aos dados: por que e para que o idoso usa medicamentos, afinal? Seguindo o referencial adotado e com base nos códigos identificados, encontramos que o idoso usa os medicamentos de determinada maneira para controlar uma situação de saúde/doença e de vida.

Foi empregado nessa categoria o termo “controle” por ter sido uma palavra utilizada com certa ênfase por alguns idosos. Nestes casos, aparece entre os idosos uma noção de que os medicamentos usados no tratamento de doenças como hipertensão e diabetes não proporcionam a cura e, sim, uma sensação de estabilidade, como pode ser visto nas emissões a seguir:

⁹ No presente estudo, a categoria causal representa a categoria central ou fenômeno: Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos.

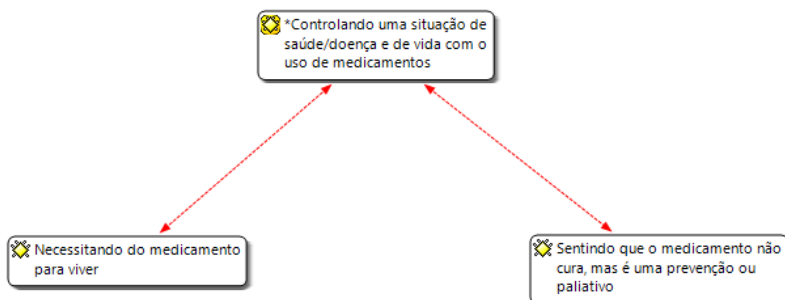
Tô estabilizado, tô tomando o remédio, tô controlado, tô parado. Aí, se eu não tomar o medicamento, aí eu sinto diferença. (JOP03)

*Eu sou **péssima** pra remédio. Eu tomo esses à força, porque sou obrigada, já que eu tenho essas doenças, eu tenho que controlar se quiser viver um pouco mais. E viver com qualidade, né? (...) Então a importância do medicamento é essa aí: ele controla a doença. Algumas doenças que têm controle. Então eu acho que é certo, quando se está doente, se deve procurar o médico e aí tomar os remédios adequados pra poder ficar boa, ficar bem. Se não ficar boa, mas pelo menos ficar bem, né? (MMFL23)*

No estudo realizado por Sales e Tamaki (2007) sobre o controle do regime terapêutico entre hipertensos, a única medida de controle da doença que teve alto índice de adesão foi o uso de medicamentos, com 77,8% entre os participantes, enquanto que medidas como cuidados com a alimentação, atividade física, abstenção de fumo e bebida foram menos adotadas pelos hipertensos.

A constatação desses autores reforça o conteúdo das falas mencionadas, visto que o medicamento aparece como uma terapêutica valorizada pelo idoso por ser algo capaz de controlar um agravo percebido por meio dos sintomas e confirmado pelo diagnóstico médico. Assim, a categoria que corresponde à nossa condição causal pode ser detalhada através de suas subcategorias, pois estas explicam em termos de propriedades e dimensões a importância dos medicamentos na vida do idoso e no controle do seu processo saúde/doença.

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição causal): Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2014.

Necessitando do medicamento para viver

Os achados deste estudo revelaram que, para muitos idosos, o medicamento aparece como um recurso essencial para a vida, fato que também foi analisado por Arruda, Lima e Renovato (2013), quando observaram que o uso de medicamentos estava integrado às atividades cotidianas dos idosos entrevistados. Segundo esses autores, o medicamento oferece a possibilidade de estabelecer a normalidade do corpo em situações de adoecimento, um fator que favorece o adequado seguimento da terapêutica pelo idoso.

Algumas falas mostram com bastante clareza a importância para o idoso do ato de tomar o medicamento no dia a dia, como pode ser visto a seguir:

Passo o dia assim: esperando que chegue aquela hora, tomo meu medicamento e pronto (...) e assim eu vou! Me tratando assim mesmo (...) O importante é assim: a gente precisa do remédio porque sem o remédio eu não posso viver, que é uma coisa que... a gente fica acamado mesmo! Aí a gente tomando aquele medicamento que o médico passa, com dias e horas que nem eles mandam, que tome naquela hora, acho eu que aquele remédio tá me servindo. (ERS04)

Minha filha... pra entender melhor, eu não tenho o que dizer. Porque tem pessoas que diz "me faz mal, me fez mal". Não, eu não tenho o que... eu

*não quero ficar sem isso [o medicamento].
(MNSL13)*

Foi observado que a percepção do medicamento como algo necessário e que não se pode viver sem ele parece ser influenciada pelo discurso dos profissionais que, ao enfatizarem a importância do medicamento, explicam ser imperativo para o idoso usar aquele tratamento pelo resto de sua vida.

Tomo remédio porque o médico disse que, daqui pra eu morrer, tenho que tomar, porque a osteoporose enfraquece os ossos. (MLSF08)

Ele [o médico] passou o comprimido pra eu tomar, enquanto for vivo, tomar os comprimidos. Aí, eu tomando, tô me sentindo bem. (MFC20)

Estudo americano realizado com mulheres idosas com diagnóstico de osteoporose mostrou que essa percepção de necessidade do medicamento pode ser influenciada pela efetividade e segurança da droga utilizada, noções que são repassadas ao paciente através de uma boa interação com o médico assistente (MAZOR et al., 2010).

Embora não seja unanimidade, em algumas situações a relação entre o médico e o paciente idoso se limita à mera prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas. Entende-se que o momento das consultas e da realização das prescrições medicamentosas deve respeitar os valores subjetivos do idoso, considerar as diversidades culturais nessa população e buscar meios de promover sua autonomia (VIANNA, L.; VIANNA, C.; BEZERRA, 2010).

No nosso entendimento, a ênfase dada à terapia medicamentosa pode levar o idoso a crer que qualquer problema pode ser revolido ou estabilizado com medidas farmacológicas, sem necessariamente buscar outras formas de tratamento. Essa observação não se aplica apenas aos casos onde o medicamento é visto como necessário para tratar uma doença crônica, mas este também é visto como um recurso para “tratar” o sofrimento.

Assim, pra eu não me acostumar, eu tomo assim: se tem uma pessoa na família que tá doente, que eu vejo que vai morrer, pra eu agir com tudo direito... eu tomo aquele tranquilizante e eu

enfrento tudo o que for possível! Agora, se eu não estiver tomando... (FRLS21)

Nessa fala, a idosa explica a importância do uso do Cloxazolam em situações de sofrimento. O sentimento expresso pela participante ao tornar esse ansiolítico, como fundamental para lidar com a tristeza, corrobora com as considerações de Guarido (2007), posto que, atualmente, a medicalização é aceita como forma majoritária de intervenção terapêutica. A autora reconhece os efeitos positivos dos psicofármacos, mas alerta sobre os riscos de se banalizar a existência e naturalizar os sofrimentos (GUARIDO, 2007).

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais vendidos no Brasil, sendo o diazepam um dos mais consumidos desta classe farmacológica. Idosas entrevistadas em um ambulatório de saúde mental, em Ribeirão Preto/São Paulo, mostraram uma relação de dependência com os benzodiazepínicos, imbuída de um significado de necessidade do medicamento, uma vez que relataram não ser possível ficar sem ele, pois seus corpos já estariam habituados com o efeito antidepressivo da terapêutica (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Embora muitos idosos percebam o uso do medicamento como algo essencial para controlar sua situação de saúde, outros seguem essa prática apenas por ter sido algo prescrito. Assim, esses idosos não demonstram expectativas de cura e sentem que a função de determinado medicamento consiste apenas em evitar que sua doença se torne mais grave.

Sentindo que o medicamento não cura, mas é uma prevenção ou paliativo

Partindo do pressuposto de que os idosos são os mais acometidos por doenças crônicas e que seu controle e tratamento requer não somente hábitos de vida saudáveis, mas, em muitos casos, o uso de medicamentos, torna-se fundamental discutir o papel de medicamentos como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, por exemplo, na vida do idoso. Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) encontraram associação estatística significativa entre o uso de medicamentos prescritos, a idade avançada e a presença de doenças crônicas. Esse fato nos leva à reflexão quanto à cronicidade da terapia medicamentosa, pois passa a ser aceita pelo idoso como algo permanente em sua vida, embora não necessariamente represente uma garantia de cura para ele.

Com o remédio da diabetes, a gente não fica boa. Nunca. A diabetes é uma doença tipo o câncer. E a gente toma remédio só pra... moderar e só... não aumentar. Não aumentar. Toma só como um paliativo, como dizem. Pra pressão, a gente toma remédio também. Essa losartana e outros... [são] só um paliativo também, pra pressão não aumentar. A gente toma... e se droga todo dia! É uma droga! (...) Se chamam paliativos esses medicamentos que a gente toma. Até a injeção! A injeção, a gente vai pra o pronto-socorro, toma a injeção aqui e outra ali... paliativo. É verdade. Resolve só de acabar com a dor que a pessoa tem. Aí, se demorar muito... [toma] de novo! (MSF10)

Como pode ser visto nessa fala, a idosa emprega o termo “paliativo” mais de uma vez para caracterizar o remédio. Sendo o presente estudo apoiado na Teoria Fundamentada nos Dados, adotamos o termo ao nomear esta subcategoria. De acordo com o dicionário Michaelis, “paliativo” é um adjetivo que significa: aquilo que serve para paliar; medicamento que tem eficácia apenas momentânea; algo que somente entretém e prolonga um desejo ou uma esperança. (PALIATIVO, 2009)

Chaves et al. (2011) utilizaram o termo na perspectiva da bioética, descrevendo “paliativo” como uma palavra derivada do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta. Na área da saúde, o termo tem sido empregado como *cuidados paliativos*, uma abordagem da medicina que visa melhorar a qualidade de vida, prevenir ou aliviar o sofrimento humano.

Outro aspecto importante, que aparece na fala da Sra. MSF10 e nos dados da observação realizada, é a questão de que tomar o medicamento significa *se drogar todos os dias*, em que a mesma utiliza a expressão comparando à dependência gerada por drogas ilícitas. Essa mesma noção foi encontrada em idosos de outra realidade, onde alguns afirmaram não interromper o benzodiazepínico mesmo depois de resolvido o problema que teria levado o sujeito a iniciar tal terapia; uma das idosas entrevistadas afirmou não poder interromper o medicamento, pois ele era como uma “uma droga que vicia” (ALVARENGA et al., 2014).

Herrera et al. (2002) alertam que o uso de benzodiazepínicos pode criar dependência e tolerância à droga, gerando o risco do

surgimento de sintomas de abstinência quando o indivíduo deixa de utilizá-lo.

Diante do exposto, percebemos que usar medicamentos diariamente parece gerar um hábito e um entendimento para o idoso de que alguns sintomas só são aliviados mediante uso de determinadas drogas, prescritas ou não, mesmo quando o sujeito entende que a solução é temporária e não promove a cura do seu problema de saúde.

Quando às vezes eu me esqueço de botar [o colírio]... os olhos chegam a doer lá dentro! Assim, por dentro, por trás do olho. Aí eu boto e com um pedacinho passa aquela dor. Mas pra matar o glaucoma eles disseram que não tem remédio não! A médica... doutora J., disse que não tem remédio... (FCN07)

O remédio muitas vezes cura, e às vezes cura por uns dias, depois volta [a doença]. Porque tem o câncer. Não, mas o câncer é curável! A gente vê que a maioria das pessoas trata, trata, trata, melhoram e daqui a pouco o câncer vem de novo. Então essa vida não tem sentido. Eu não tenho o sentido de dizer que uma coisa ali vai me curar. Não. Porque às vezes quando vem [a doença], acaba mesmo. Aí por isso que às vezes a gente fica triste, mas a gente tendo uma esperança é melhor. (MSSC14)

As duas falas acima expressam o entendimento que essas idosas tinham quanto ao efeito passageiro de determinados medicamentos. Em suas concepções, alguns problemas não têm cura e o uso de medicamentos é feito apenas para aliviar sintomas temporariamente.

Dima et al. (2013) encontraram, entre pessoas com dor crônica e média de 62 anos de idade, que os medicamentos podem ser vistos por alguns idosos como algo que proporciona um alívio temporário e que se reserva para usar como último recurso, enquanto que outros participantes consideravam o medicamento como um verdadeiro milagre por minimizar a dor, citando, como exemplo, o uso do Ibuprofeno. Os receios quanto à sensação de que o tratamento oferece um alívio temporário não foi algo exclusivo dos medicamentos: tratamentos não farmacológicos, como terapia manual, exercício e acupuntura, também

foram vistos como soluções provisórias e utilizadas com certa preocupação quanto aos possíveis prejuízos que podem causar à saúde.

As percepções sobre os tratamentos não farmacológicos citados no mesmo estudo, tais como terapia manual, exercício e acupuntura, também variaram: por um lado, foram exaltados seus efeitos positivos no relaxamento muscular e, por outro, existiam a ideia do alívio temporário e o receio de que tais terapias acarretassem algum prejuízo à saúde (DIMA et al., 2013).

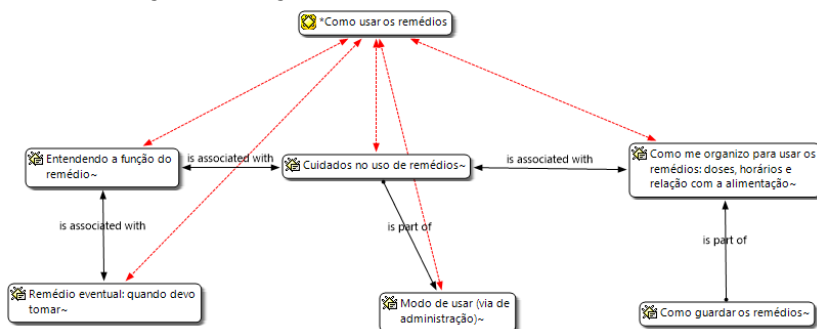
Os dados do nosso estudo não permitem inferir se a percepção de que o fármaco cura ou não influencia em maior ou menor adesão ao tratamento, porém é notável que o alívio dos sintomas e a sensação de bem-estar proporcionados pelo medicamento parece ser motivo suficiente para que o idoso siga a terapia, mesmo quando a doença permanece.

BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O USO DE MEDICAMENTOS NA VIDA DIÁRIA

As ações/interações dos sujeitos estudados são descritas pela categoria “buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária”, a qual apresenta o modo como o idoso convive com situações comuns hoje, como a polifarmácia, efeitos adversos, despesas com o tratamento para saúde e inserção da terapia medicamentosa como parte da rotina diária.

Assim, a categoria que aparece no modelo exercendo a função do componente “ações/interações”, em grande parte foi delineada a partir da família “Como usar os remédios” (Figura 2) e representa as estratégias de que os idosos lançam mão para organizar o seu cuidado à saúde no que concerne ao modo como usam os medicamentos.

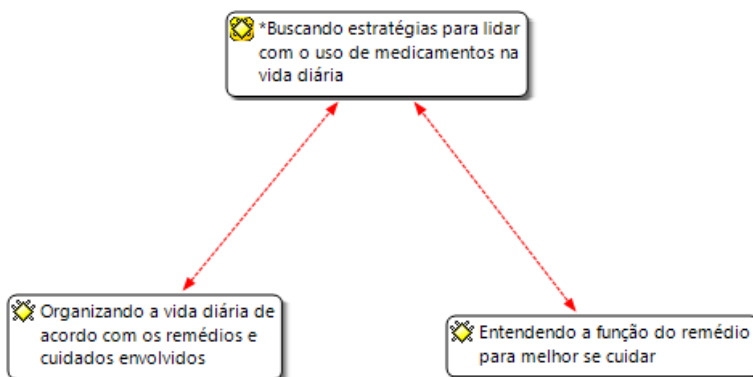
Figura 2 – Diagrama (família): Como usar os remédios



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Assim, para oferecer uma ideia de como esta categoria se estrutura, serão apresentadas e discutidas a seguir as duas subcategorias que a compõem: Entendendo a função do remédio para melhor se cuidar; Organizando a vida diária de acordo com os remédios e cuidados envolvidos.

Figura 3 – Diagrama da categoria (ações/interações): Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Entendendo a função do remédio para melhor se cuidar

Um elemento fundamental para lidar com o uso de remédios na vida diária envolve o entendimento acerca da função destes fármacos. Em geral, os medicamentos possuem nomes difíceis de pronunciar e

suas bulas trazem informações complicadas de serem interpretadas pelos entrevistados, se considerarmos que muitos deles não eram alfabetizados ou sabiam ler com dificuldade.

Entre cuidadores familiares de idosos com diabetes, o conhecimento acerca dos medicamentos utilizados para controle da doença foi apontado como um ganho no tratamento, pois com isso torna-se possível compreender e relacionar mecanismos de ação, dose, horário e efeitos colaterais (ZANETTI et al., 2008).

Didonet (2007) identificou que os idosos que têm o hábito de ler as bulas o fazem não apenas para entender a função do medicamento, mas também como uma forma de confirmar a prescrição indicada pelo médico. No entanto, vale ressaltar que os idosos do estudo citado possuíam um elevado grau de escolaridade, ao passo que, na realidade ora estudada, a maioria dos idosos investigados possuía baixa escolaridade, o que dificultava a leitura e interpretação das informações contidas nas bulas e prescrições como, por exemplo, a indicação e cuidados no uso dos medicamentos.

O fato de as entrevistas terem acontecido no ambiente domiciliar permitiu observar que quase todos os idosos guardavam somente as cartelas com os comprimidos, pois parece ser comum descartar as caixas e bulas dos medicamentos, uma atitude expressa na fala de uma das entrevistadas:

[Guardo o medicamento] Na mesma embalagem, a única coisa que eu tiro é a bula[,] porque faz muito volume! Aí fica... eu jogo fora somente a bula, mas a caixa permanece, tudo lá dentro. (MMFL23)

Lyra Junior et al. (2010) avaliariam 68 bulas de drogas anti-hipertensivas e apontaram que o fato de os fabricantes utilizarem sempre o menor tamanho de fonte possível – ou seja, 1,5 mm – dificulta o acesso à informação, especialmente entre idosos com algum déficit visual.

Ademais, ter uma baixa renda e baixa escolaridade configuram-se como fatores agravantes para uma efetiva orientação terapêutica e acesso aos fármacos, o que ressalta a necessidade de que os profissionais se dediquem mais ao fornecimento de informações claras, que considerem o nível educacional e o contexto cultural de cada indivíduo, para que se tenha êxito nos tratamentos (LIMA; NUNES; BARROS, 2010).

Mesmo sem proceder à leitura das bulas, uma das entrevistadas parecia entender, de modo geral, o mecanismo de ação dos diuréticos utilizados no tratamento anti-hipertensivo, o que pode ser demonstrado através da fala a seguir:

A gente vai pra o hospital, toma uma injeção ou um comprimido lá quando tá com a pressão alta. Aí quando bota pra urinar, dizem: “Pronto, depois que você urinar três vezes venha pra tirar a pressão.”. Aí a pessoa começa a urinar e a pressão vai baixando. (GAO02)

Desse modo, percebemos uma situação em que a idosa desenvolveu um entendimento sobre determinada classe de drogas a partir de experiências anteriores, ao observar os efeitos gerados pelo uso de medicamentos semelhantes. No entanto, tal compreensão foi demonstrada apenas por uma idosa, ao passo que a maioria utilizava os medicamentos sem questionar a sua ação.

Muitas vezes, o fato de não entender o porquê de usar determinado medicamento, seja por não saber ler ou por déficit de acuidade visual e auditiva, implica no não cumprimento do regime terapêutico. Para contornar tal situação, recomenda-se a realização de ações de educação em saúde envolvendo profissionais, idosos e familiares, como um espaço de troca de informações quanto aos medicamentos utilizados, visando promover maior segurança ao idoso no cumprimento do seu tratamento (BLANSKI; LENARDT, 2005).

Um aspecto interessante encontrado no presente estudo foi o fato de praticamente todos os participantes associarem o nome do medicamento com a doença tratada ou órgão afetado para recordar cada droga utilizada, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Esse aí é para o sangue, esse AAS infantil. E sinvastatina, para evitar o colesterol e triglicérido. O AAS infantil é para evitar o negócio do coração, como é que chama? Infarto não... como é... trombose! Porque quem toma isso aí, não dá trombose não. (JOP03)

Lorazepam é o [medicamento] de dormir à noite. (ERS04)

Às vezes eu também sinto assim uma tontura, uma tontura grande! Eu tomo também cinarizina, nem me lembrava! Cinarizina é para tontura. (MGS16)

Essa forma de associação entre nome comercial da droga e sua função permite que os medicamentos sejam lembrados e até mesmo valorizados quanto à sua eficácia. No entanto, quando eles tomam múltiplos medicamentos e ou dois medicamentos para uma mesma doença é difícil para os idosos compreender os riscos da interação medicamentosa. Para ilustrar essa situação usamos, como exemplo, duas drogas que foram frequentemente citadas – Hidroclorotiazida e Atenolol – cuja interação pode aumentar o risco de hiperglicemia e hipertrigliceridemia, especialmente naqueles idosos com diabetes (essa informação foi obtida com auxílio do aplicativo *online Drug Interaction Checker*, segundo o *Drugs.com*). Apesar de os mecanismos de ação dessas drogas serem diferentes – diurético tiazídico e betabloqueador, respectivamente – por terem a finalidade de tratar a mesma doença, os medicamentos são vistos como iguais pelos idosos e muitas vezes são ingeridos concomitantemente como forma de facilitar a administração pelo próprio idoso. Destaca-se, assim, que, embora essas drogas sejam muitas vezes combinadas na prática clínica, a combinação das mesmas é algo difícil de ser administrado pelos idosos e seus familiares.

Entender a finalidade e a função dos medicamentos requer o fornecimento de orientações por parte dos profissionais através de uma linguagem simples e clara, que respeite a compreensão e os diferentes níveis educacionais de cada idoso. Estudos mostraram que a comunicação inadequada entre profissionais e usuários pode dificultar o cumprimento do regime terapêutico (KNIGHT, 2013; BOKHOUR, 2006; OLIVEIRA; SHOEMAKER, 2006; BLANSKI; LENARDT, 2005).

Cunha et al. (2012) mostraram a preocupação dos profissionais da ESF acerca dos pacientes e o uso que estes fazem dos medicamentos, pois as equipes acreditavam que os usuários não compreendiam as orientações fornecidas e, muitas vezes, acabavam utilizando os fármacos de forma irracional, ficando expostos a vários riscos.

A compreensão sobre os efeitos gerados pelos medicamentos, muitas vezes, leva o idoso a decidir quando e em que situações estes devem ser utilizados, especialmente quando se trata do uso dos sintomáticos. Em nossa análise, 15 falas foram agrupadas ao código

“remédio eventual: quando devo tomar”, como pode ser verificado em algumas emissões apresentadas abaixo:

Isso aí [bisacodil 5 mg e óleo mineral] é porque às vezes eu tenho problema de intestino, aí tomo esse remédio assim (...). Quando eu passo um dia sem ir ao banheiro, no outro dia já tomo remédio! (JOP03)

Quando tô assim com a cabeça meio ruim, assim... aí eu pego a dipirona. Eu gosto muito de dipirona, graças a Deus, aquilo ali parece que é um chá pra mim. Me reanima. É a coisa que eu mais tomo, em vez de chá. Porque chá eu não... [não gosto]. (IVN17)

Para cuidar da minha saúde... quando me dá uma dorzinha de cabeça às vezes, eu tomo um comprimido aí. Mas só quando me dá dor de cabeça. (MFC20)

Os depoimentos mostram que, quando sentem incômodos como cefaleia e constipação, alguns idosos se automedicam usando medicamentos que já possuem em casa, sejam derivados de tratamentos anteriores, seja por indicação de pessoas de sua confiança. Familiares ou amigos próximos com quem possuem forte vínculo contam com a confiança desses idosos e assim seus conselhos são seguidos, muitas vezes sem ser questionada a real eficácia da droga ou se há fundamentação para o seu uso.

A automedicação envolve o ato de perceber seus próprios sintomas e tentar descobrir o que estes significam, procurando em seu repertório os medicamentos ou receitas caseiras que foram usados anteriormente em situações similares e que outrora resolveram os problemas. Trata-se de uma forma comum de autoatenção à saúde em que as pessoas buscam consumir determinado produto para tratar ou aliviar sintomas por conta própria (LOYOLA FILHO et al., 2002).

Para Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2012), a autoatenção é uma das várias formas de atenção pelas quais as pessoas buscam intervenção e minimização dos efeitos danosos vividos no processo saúde/doença. Consiste em uma atitude relativamente autônoma, pois frequentemente surge no âmbito familiar, embora possa coexistir com outras formas de

atenção à saúde, como a biomedicina, medicinas “populares” e “tradicionais” e/ou grupos de autoajuda, por exemplo.

Organizando a vida diária de acordo com os remédios e cuidados envolvidos

Esta subcategoria inclui todos os códigos que tratam do número de doses, horários e estratégias que os idosos desenvolvem para não se esquecer de usar seus medicamentos e tomá-los adequadamente. Todos os participantes deste estudo usavam algum medicamento, e alguns chegavam a usar 10 medicamentos diferentes, uns de uso diário e outros de uso esporádico.

Os tratamentos de longa duração e/ou com múltiplos medicamentos tornam a terapêutica dos idosos algo complexo e que, portanto, requer maior atenção e organização por parte desses e de seus cuidadores (ROCHA et al., 2008).

A questão dos horários das refeições aparece com certa frequência, visto que muitos idosos utilizam esses momentos como uma referência para a hora da autoadministração. Por exemplo, o idoso que usa um medicamento três vezes ao dia costuma explicar que toma o remédio no café da manhã, no almoço e no jantar, uma associação que facilita a memorização. Também existe a questão de deixar os medicamentos à mostra para não esquecer ou, ainda, mudar a ordem das caixas para não repetir seu uso, como demonstra o depoimento a seguir.

O primeiro [medicamento] é em jejum, aí já vou trocando as caixas. Pronto. A losartana já tá lá em cima, que é a última que eu tomo à noite (...). Pensei em colocar assim porque quando eu olho daqui já vejo, já sei o que tomei. (...) Então, para não esquecer eu vou fazendo isso. Já sei, já tá a losartana lá, empilhadinha, uma caixa em cima da outra. Quando for amanhã, ela já vem para baixo, já para a última [posição]. (MMFL23)

Estudo realizado na Nova Zelândia mostrou que esquecer o horário de usar o medicamento e, assim, não ter aquela dose administrada, foi o evento mais comum envolvendo segurança do paciente idoso (BUETOW et al., 2012).

Nos casos em que o envelhecimento é acompanhado de declínio cognitivo e em que se faz uso de múltiplos medicamentos, as chances de

não seguir os horários prescritos é ainda maior, o que tem implicações na manutenção da saúde do idoso (SILVA; SANTOS, 2010).

A organização diária muitas vezes está ligada aos efeitos colaterais percebidos durante o uso de remédios, dessa forma muitos de nossos informantes destacaram os cuidados que tomavam para suportar o tratamento. Um exemplo disso está no fato de que muitos se queixaram de desconforto gástrico, portanto afirmaram que não se deve ingerir medicamentos em jejum ou que determinado medicamento deve ser ingerido com algum alimento. Essas recomendações nem sempre se originam de orientações dadas pelos profissionais de saúde, mas são baseadas em suas próprias experiências, ao perceberem que, seguindo tal ritual, se sentiam melhor, como ficou evidenciado no depoimento a seguir:

Bem depois do café, porque eu já tomo bastante comprimido, [imagine] se ainda fosse tomar em jejum! Um comprimido, dois comprimidos... não dá para mim não! Para o meu estômago [risos]. (MSF10)

Outros estudos também mostraram queixas de dor gástrica entre idosos, que foram associadas ao uso de antibióticos e também da metformina. Esses participantes, todos hipertensos, não esconderam sua preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos (RENOVATO; BAGNATO, 2012)

Entre as principais Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs) que acometem os idosos, estão a irritação gástrica devido ao uso de Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) e a diminuição da motilidade gastrointestinal, causada pelos anticolinérgicos, que podem causar constipação e, conseqüentemente, desconforto abdominal. Além de afetar a qualidade de vida do idoso, a ocorrência de RAMs pode abalar a confiança no profissional responsável pela prescrição que teve um desfecho negativo, implicando na descontinuidade do tratamento (SECOLI, 2010).

Se, por um lado, alguns não ingeriam medicamentos em jejum com receio dos possíveis desconfortos, outros idosos o faziam por entender que se tratava de um cuidado necessário para que o medicamento pudesse surtir efeito, além da importância que manifestaram sobre seguir a recomendação médica.

Tomo um comprimido de oito em oito dias. Aí tomo ele em jejum, passa meia hora, para poder fazer a refeição. Nem pode dormir, nem sentar. Tem que ficar se movimentando. (FJMS06)

Apareceram ainda questões como os cuidados com os diuréticos – não mencionados desta forma pelos idosos – sendo que nestes casos, eles se preocupavam de estar em um ambiente em que pudessem utilizar o banheiro, pois em outras experiências o medicamento tornou-se um transtorno devido à urgência da micção.

Eu só tomo quando chego [de volta em casa], o da manhã [o comprimido da manhã]. Porque é muito cedo, eu tomo depois do café e dá vontade de fazer xixi quando a gente toma o da pressão. Aí só tomo quando chego [em casa]. (MFSS11)

Os idosos devem ser informados pelos profissionais que medicamentos como a hidroclorotiazida devem ser utilizados pela manhã e não do período noturno, a fim de se evitar alterações no sono e repouso devido à nictúria (VASCONCELOS et al., 2005). Sobre os medicamentos que possuem alguma repercussão no trato urinário, cabe destacar a preocupação que os idosos apresentavam em preservar a função renal seguindo atentamente as recomendações médicas:

Ele [o médico] disse: “É melhor tomar paracetamol do que esse AAS aí, que ofende os rins.”. Aí eu nunca mais tomei. (RPR18)

Tô tomando esse [enalapril], mas antes tomava esse [Hidroclorotiazida]. Tomei um pouco mais de... mais de ano! Ele [o médico] passou outro porque disse que a pessoa tomar por mais de ano um remédio só pode ofender os rins! (MADC19)

Não é raro presenciar situações em que os idosos realizam determinados cuidados sem discutir com o seu médico se aquela é a melhor opção terapêutica ou mesmo sem esclarecer dúvidas, pois é comum que as orientações sejam obedecidas como ordens que não podem ser questionadas. Essa postura passiva adotada por alguns idosos pode refletir a crença no poder quase infalível do médico e o pouco

conhecimento sobre seus direitos de decidir, de forma autônoma, como gostariam de se tratar (VIANNA, L.; VIANNA, C.; BEZERRA, 2010).

Considerando que muitos participantes não eram alfabetizados, a identificação dos medicamentos também se torna um aspecto importante para o seu cuidado diário. A identificação por cores ou tamanhos diferentes dos frascos e caixas são aspectos que facilitam o reconhecimento por parte dos idosos e podem minimizar os erros na administração.

Quando eu vou tomar, eu olho o nome, tiro aquele remédio e boto ali. Aí, quando eu tomo aquele, já fica separado. Quando eu vou tomar o outro já vou separando, até quando eu tomo o último, é que eu boto tudo [de volta] na malinha. Porque, se não for assim, pode ser que eu esqueça. (IISA15)

Sim, eu leio para saber, porque, quando me dão um [medicamento] com o nome diferente, eu fico com medo. (...) É tanto remédio que às vezes a gente se atrapalha! (IVN17)

Silva e Santos (2010) sugeriram o uso de quadros fixados na casa dos idosos contendo envelopes identificados com desenhos como sol, lua e figuras que indicavam almoço e lanche, por exemplo. As cartelas com comprimidos ficavam acondicionadas dentro dos envelopes do quadro e, segundo as autoras, essa foi uma estratégia que facilitou a memorização e aprendizagem sobre o momento adequado para o uso de cada fármaco.

A forma como guardam os remédios é uma ideia intrínseca aos cuidados no uso destes, visto que o acondicionamento dos fármacos é também um cuidado importante por visar um uso mais seguro do mesmo por parte dos idosos. Manter em um local seco e arejado, e guardados em um recipiente apropriado compõem uma série de precauções que tornam o uso de medicamentos mais seguro para o próprio idoso e para outras pessoas que convivem com ele. Porque um risco importante é misturar os seus remédios com os remédios dos companheiros ou filhos, o que pode propiciar uma autoadministração errada.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda que os medicamentos devam ser guardados em local seguro e fora do alcance das crianças para evitar ingestão acidental. Além disso, devem estar sempre protegidos da luz direta, do calor e da umidade,

devendo-se evitar locais quentes como a cozinha e úmidos como o banheiro, pois eles podem causar alterações na composição do fármaco, diminuindo sua eficácia ou causando efeitos tóxicos, mesmo estando dentro do prazo de validade (ANVISA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de medicamentos entre os idosos ganha importância em suas vidas por ser visto como algo fundamental para a manutenção da saúde e prevenção de complicações decorrentes das doenças crônicas, patologias comumente encontradas entre os entrevistados. A baixa escolaridade identificada entre os participantes parecia não ser um fator que os impedisse de entender, pelo menos de modo geral, o seu processo saúde/doença, no entanto, implicava na realização de cuidados mais específicos direcionados ao uso de medicamentos. Entre os idosos que não sabem ler, existe o risco de confundir drogas que apresentam semelhanças nos frascos e rótulos, porém com funções diferentes.

Existia o entendimento entre eles de que doenças como hipertensão e diabetes, por exemplo, não possuem cura, mas podem ser controladas com o uso de determinados medicamentos. Gerenciar adequadamente a terapia medicamentosa é algo fundamental para o sucesso de qualquer tratamento e, para tanto, os idosos deste estudo lançavam mão de diversas estratégias. Entender a função do medicamento e seus efeitos configura-se como um primeiro passo para o planejamento do cuidado, e essa compreensão geralmente parte da busca por informações durante as consultas e visitas domiciliares dos profissionais de saúde ou mesmo a partir de familiares e amigos que vivenciam experiências semelhantes. Entre as estratégias adotadas pelos participantes deste estudo estão a identificação e o armazenamento adequados do medicamento, o que gera maior segurança no seu uso, além da associação dos horários da administração com os horários das refeições, o que costuma evitar esquecimentos ou repetições de doses diárias.

Com base nas situações encontradas no contexto da atenção básica e nas prerrogativas legais da profissão (COFEn, 1986; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012), o enfermeiro deve desenvolver aquilo que lhe compete na terapia medicamentosa do idoso, adotando algumas medidas possíveis: analisar o caso de cada idoso através de entrevista e exame físico, para assim elaborar planos de cuidado individuais que considerem suas peculiaridades; fornecer informações quanto à finalidade do tratamento, possíveis reações adversas e cuidados na

autoadministração; analisar quais medicamentos podem ser administrados de forma concomitante, evitando interações; orientar quanto ao acondicionamento correto e organizar os medicamentos em envelopes, caixas ou outros dispositivos devidamente identificados, com diferentes formas e cores, evitando o uso incorreto; agendar consultas e/ou visitas periodicamente, estabelecendo datas do retorno do usuário à UBS, onde suas prescrições poderão ser renovadas mediante avaliação clínica; realizar aprazamento dos medicamentos utilizados, para que seja dispensada quantidade suficiente para um mês ou período correspondente ao seu próximo retorno ao serviço de saúde.

Entendemos que, para que essas ações possam surtir algum efeito, é necessário que o profissional utilize uma linguagem simples e clara, que respeite os valores, crenças e tradições dos idosos e que considere os recursos disponíveis no ambiente domiciliário e na comunidade.

A atenção primária configura-se como um ambiente rico e propício ao desenvolvimento de ações de educação em saúde, as quais devem incluir, entre os temas possíveis de serem abordados, a questão do uso de medicamentos como uma prática da vida diária do idoso. Nesse contexto, as ações podem acontecer em forma de oficinas e rodas de conversa, integrando os membros da equipe de saúde da família, o idoso e a família através de relações mais horizontais que proporcionem a troca de informações e fortalecimento do vínculo entre os envolvidos. Estratégias como essas podem fazer com que os idosos se sintam à vontade para compartilhar suas experiências de saúde/doença, esclareçam dúvidas e sugiram maneiras exitosas de lidar com a terapia medicamentosa que possam ser úteis a outras pessoas que se encontrem vivendo situações semelhantes.

Assim, por meio dos exemplos de atitudes cotidianas adotadas pelos entrevistados, esses idosos fornecem orientações simples e significantes, capazes de nortear pessoas de outras realidades a lidar com o uso de medicamentos em sua vida diária, para que, assim, possam também controlar situações de saúde e doença próprias do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2010.

ALVARENGA, J. M. et al. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, dez. 2014.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600866&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2015.

ARRUDA, G. O.; LIMA, S. C.; RENOVATO, R. D. The use of medications by elderly men with polypharmacy: representations and practices. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1337-1344, nov./dez. 2013.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev Gaúcha Enferm.**, [Porto Alegre], v. 26, n. 2, p. 180-188, 2005.

BOKHOUR, B. G. et al. How do providers assess antihypertensive medication adherence in medical encounters? **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 6, p. 577-583, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: caderno de atenção básica nº. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUETOW, S. et al. Distinguishing objective from subjective assessments of these verity of medication-related safety events among people with Parkinson's disease: a qualitative study. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, n. 37, p. 436-440, 2012.

CASSONI, T. C. J. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1708-1720, 2014.

CHAVES, J. H. B et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-5, 2011.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COFEn. Lei nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

CUNHA, K. O. A. et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1431-1437, 2012.

DRUGS.COM. **Atenolol and hydrochlorothiazide Information from Drugs.com**. abr. 2010. Disponível em: <http://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=273-0%2C1257-0&professional=1&types%5B%5D=major&types%5B%5D=moderate&types%5B%5D=minor> Acesso em: 6 fev.2015.

DIDONET, J. **Avaliação da bula de medicamentos sob a ótica dos idosos**. 2007. 122 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

DIMA, A. et al. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: a focus group study. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 63, n. 612, p. 490-498, jul. 2013.

FLORES, V. B.; BENVENEGUÍ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, 2008.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

HERRERA L. S. et al. Utilización de benzodiazepinas en la Atención Primaria de Salud. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, La Havana, v. 18, n. 3, jun. 2002. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2015.

KIRKEGAARD, P. et al. Risk of cardiovascular disease? A qualitative study of risk interpretation among patients with high cholesterol. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 14, p. 137, 2013.

KNIGHT, D. A. et al. 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. **Health Expect**, Malden, v. 16, n. 3, p. 277-91, set. 2013.

KRSKA, J. et al. Issues potentially affecting quality of life arising from long-term medicines use: A qualitative study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Dordrecht, v. 35, n. 6, p. 1161-1169, 2013.

LIMA, G. B.; NUNES, L. C. C.; BARROS, J. A. C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3517-22, 2010.

LIMA, S. C. S. et al. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, 2012

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

LYRA JUNIOR, D. P. et al. Bulas de medicamentos usados por idosos com hipertensão: adequação da informação à regulamentação sanitária e possíveis implicações para a saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2917-2924, 2010.

MAZOR, K. M. et al. Older women's views about prescription osteoporosis medication: a cross-sectional, qualitative study. **Drugs Aging**, Auckland, v. 27, n. 12, p. 999-1008, dez. 2010.

MENDONCA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** [online], Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2005.

OLIVEIRA, D. R. de; SHOEMAKER, S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **J Am Pharm Assoc** (2003), Washington, DC, v. 46, n. 1, p. 56-64; jan./fev. 2006.

PALIATIVO. In: MICHAELIS: dicionário de português on line. 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=paliativo>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 423-431, 2012.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 703-710, 2008. Suplemento.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm**, [Curitiba], v. 12, n. 2, p. 157-163, 2007.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; WIJK, F. B. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 173-90, 2012.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, K. M. O. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. **Revista Kairós Gerontologia**, [São Paulo], v. 13, n. 1, p. 245-257, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VASCONCELOS, F. F. et al. Utilizaçãomedicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza, CE. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 178-183, 2005.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Rev. bras. educ. med. [online]**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 150-159, 2010.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, 2008.

6.4.2 Manuscrito 2

CONDIÇÕES CONTEXTUAIS QUE INFLUENCIAM O USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONTEXTUAL CONDITIONS THAT INFLUENCE THE USE OF MEDICATIONS AMONG ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE

CONDICIONES CONTEXTUALES QUE INFLUYEN EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as condições contextuais que influenciam o uso de medicamentos em idosos atendidos na atenção primária à saúde. Estudo qualitativo e descritivo com aporte teórico da Teoria Fundamentada nos Dados, realizado no Município de Santa Cruz/RN, onde foram entrevistados 30 idosos que faziam uso de pelo menos um medicamento. Os dados foram codificados à luz dos preceitos de Strauss e Corbin, o que gerou um modelo paradigmático composto por nove categorias. As categorias que explicam as condições contextuais do fenômeno são: Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé; Interagindo com a rede de apoio. Foram

comuns o uso concomitante dos medicamentos, remédios caseiros e a busca por tratamento espiritual. Os idosos se mostraram inclinados a confiar e seguir orientações de amigos, familiares e profissionais, o que, em alguns casos, favoreceu o seguimento desses cuidados com a saúde, mesmo quando as pessoas que haviam sugerido o tratamento não possuíam uma formação específica. Esse fato gerou algumas preocupações como, por exemplo, a tendência à automedicação e o uso da polifarmácia. Por fim, entendemos que as condições contextuais identificadas criam um conjunto de circunstâncias às quais as pessoas respondem buscando estratégias para lidar com sua saúde/doença e o uso de medicamentos na vida diária.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Fitoterapia. Idoso. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the contextual conditions that influence the use of medications in elderly assisted in primary health care. Qualitative study with methodological support of Grounded Theory, held in the city of Santa Cruz/RN, which interviewed 30 individuals who were taking at least one drug. Data were coded in the light of the principles of Strauss and Corbin, which generated a paradigmatic model consists of nine categories. The categories that explain the contextual conditions of the phenomenon are: “Reconciling the use of medicines, teas, home remedies and faith”; “Interacting with the support network”. Were common concomitant use of medications, home remedies and the search for spiritual treatment. The elderly have proved inclined to trust and follow guidelines from friends, family and professionals, which in some cases favored the follow-up of these health care, even when people had suggested that the treatment did not have specific training. This has raised some concerns, for example, the tendency to self-medication and the use of polypharmacy. Finally, we understand that the identified contextual conditions create a set of circumstances to which older people respond pursuing strategies to deal with their health/illness situation and drug utilization in daily life.

Keywords: Drug utilization. Phytotherapy. Aged. Family. Nursing.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las condiciones contextuales que influyen en el uso de medicamentos en ancianos atendidos por atención primaria a la salud. Estudio cualitativo y descriptivo con aporte teórico de la Teoría Fundamentada en los Datos, realizado en el Municipio de Santa Cruz/RN, donde fueron entrevistados 30 ancianos que hacían uso de por lo menos un medicamento. Los datos fueron codificados según los preceptos de Strauss e Corbin, lo que generó un modelo paradigmático compuesto por nueve categorías. Las categorías que explican las condiciones contextuales del fenómeno son: Conciliando el uso de medicamentos, té, remedios caseros y fe; Interactuando con la red de apoyo. Fueron comunes el uso concomitante de los medicamentos, remedios caseros y la búsqueda de un tratamiento espiritual. Los ancianos se mostraron inclinados a confiar y seguir orientaciones de amigos, familiares y profesionales, lo que, en algunos casos, favoreció el seguimiento de esos cuidados con la salud, aun cuando las personas que habían sugerido el tratamiento no poseían una formación específica. Ese hecho generó algunas preocupaciones como, por ejemplo, la tendencia a la automedicación y el uso de la polifarmacia. Por fin, entendemos que las condiciones contextuales identificadas crean un conjunto de circunstancias a las cuales las personas responden buscando estrategias para lidiar con su salud/enfermedad y el uso de medicamentos en la vida diaria.

Palabras clave: Uso de medicamentos. Ffitoterapia. Anciano. Familia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Um dos aspectos que diferencia o homem moderno daqueles das demais épocas é o seu consumo elevado de medicamentos, uma prática adotada em diversas realidades por possuir inúmeros estudos que atestam sua eficácia. No entanto, é preciso considerar também que os medicamentos alopáticos não são as únicas substâncias utilizadas no cuidado à saúde, visto que as pessoas podem procurar outras formas de tratamento, como o uso de plantas e outros produtos naturais, baseadas em crenças populares e rituais religiosos (VEIGA JÚNIOR, 2008).

Quando se fala no cuidado à saúde em idosos, pressupõe-se que esses buscam diferentes medidas para cuidá-la, podendo ser oriundas

tanto de recomendações de profissionais, como também derivadas de práticas socioculturais passadas de geração em geração.

Em geral, os tratamentos não farmacológicos, fundamentados nos costumes populares e que utilizam produtos de origem vegetal, animal e mineral, bem como as terapias manuais e acupuntura, por exemplo, são classificados como elementos da Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA). Esses termos foram adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão que, no ano de 2002, publicou uma série de estratégias para orientar a implantação desse tipo de cuidado nos sistemas de saúde de diversos países (WHO, 2002).

Nos países em desenvolvimento, o amplo uso da MT/MCA pode ser atribuído ao grande acesso que se tem a essas terapias, especialmente entre os mais pobres, como Gana, Quênia e Mali, já que as ervas medicinais usualmente custam menos que a alopatia (WHO, 2002). Ao passo que, no Brasil, há que se considerar que as pessoas utilizam tanto tratamentos alopáticos como homeopáticos no cuidado à saúde e, diante desse panorama, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), visando normatizar as experiências já existentes no SUS, bem como estimular e promover ações alternativas eficazes e seguras (BRASIL, 2006a).

A PNPIC – aprovada pela Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006 – tem como principal objetivo incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Contempla as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social (BRASIL, 2006a).

Considerando a complexidade do conceito de saúde vigente e das muitas atitudes que os sujeitos adotam no cuidado de si e de sua família, quando falamos no uso de medicamentos em idosos – nosso objeto de estudo – entendemos que esse fenômeno envolve certamente inúmeros fatores que merecem nossa atenção. Os remédios caseiros concomitantemente ao uso de fármacos, os tratamentos espirituais e o cuidado familiar são exemplos de recursos que costumam ser utilizados pelos idosos.

Em nossa prática docente nos serviços de atenção básica, é comum nos depararmos com idosos que, para cuidar da sua saúde, empregam diferentes formas de tratamento e buscam ajuda de diversas

pessoas da comunidade e dos serviços, na esperança de que doenças sejam curadas ou, pelo menos, seus incômodos sejam amenizados.

A fim de compreendermos esse fenômeno, o presente estudo tem como objetivo analisar as condições contextuais que influenciam o uso de medicamentos em idosos atendidos na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo e descritivo com aporte teórico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), baseado nos pressupostos de Strauss e Corbin (2008). Os participantes deste estudo foram pessoas idosas residentes no Município de Santa Cruz/RN, atendidas em unidades da Estratégia Saúde da Família. A escolha do local do estudo se deu pelo fato de ser o espaço de atuação da pesquisadora em um projeto de extensão e também como docente da disciplina de Atenção Básica e Saúde da Família em um curso de graduação em enfermagem, cujas práticas e estágios são desenvolvidos nesse contexto.

Os primeiros participantes foram contatados a partir das reuniões do projeto de extensão, bem como por indicação dos profissionais da ESF, em especial, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). À medida que as entrevistas eram realizadas no domicílio desses idosos, o entrevistado indicava o próximo participante em potencial, seguindo a técnica bola de neve. Para participar do estudo, era exigido que o sujeito tivesse 60 anos de idade ou mais, e fizesse uso de medicamentos por pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles que não apresentaram condições cognitivas para responder ao instrumento de pesquisa e, para verificar tal exigência, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental – MEEM (BRASIL, 2006b).

O estudo seguiu os passos exigidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, e somente foi iniciado após aprovação do CEP/UFSC através do Parecer nº. 426.573/2013. Todos os 30 participantes permitiram que as entrevistas fossem audiogravadas, sendo esse material transcrito pela própria pesquisadora e submetido à pré-análise, codificação aberta, axial e seletiva com suporte do *software* Atlas ti.

Obedecendo aos princípios de Strauss e Corbin (2008), as diferentes etapas da codificação geraram categorias e subcategorias que, para uma melhor visualização, foram descritas na forma de um modelo/esquema paradigmático, o qual explicita as relações entre as categorias e como estas influenciam o fenômeno do uso de medicamentos pelo idoso. Neste manuscrito apresentamos as categorias

e subcategorias que exercem a função de condições contextuais em nosso modelo. As condições contextuais são aquelas que criam o conjunto de circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem por meio de ações/interações – categoria “Buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária”.

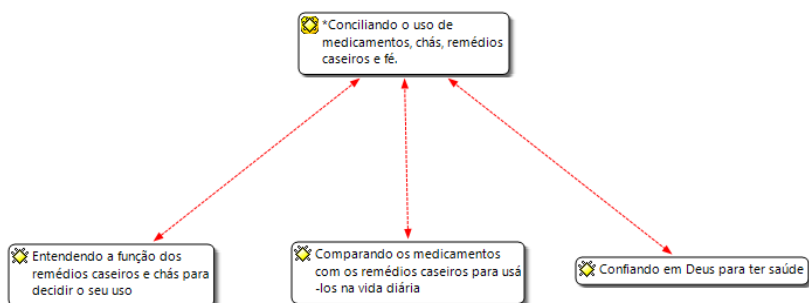
O presente artigo aborda as categorias e subcategorias que compõem as condições contextuais do paradigma emergente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONCILIANDO O USO DE MEDICAMENTOS, CHÁS, REMÉDIOS CASEIROS E FÉ

É possível dizer que os idosos deste estudo conciliavam diferentes formas de tratamento, pois, dos 30 participantes, todos usavam pelo menos um medicamento, variando de uma a 10 drogas. Vinte e quatro dos informantes mencionaram o uso de pelo menos um remédio caseiro, e esse número que variou de zero a oito remédios citados. Ao mesmo tempo em que todos declararam seguir alguma religião (27 católicos e 3 evangélicos), onde a fé foi um elemento frequentemente mencionado quando se falava sobre saúde. Sendo assim, a presente categoria encontra-se estruturada por três subcategorias, as quais serão apresentadas a seguir.

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição contextual): Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

O fato de se conciliar diferentes formas de tratamento inclui questões que necessitam de ampla discussão ao considerar-se que as

práticas curativas – domésticas e públicas – originárias dos grupos étnicos e das populações mestiças, tão presentes nos países sul-americanos, são parte indissociável das formas de vida, dos sistemas de valor e da significação da cultura desses locais, formando verdadeiros sistemas médicos complexos. Estes se caracterizam como sistemas de cura nos quais a integração homem/natureza e natureza/cultura representam o equilíbrio e a garantia de saúde para os indivíduos e comunidade (LUZ, 2005).

Entendendo a função dos remédios caseiros e chás para decidir o seu uso

No presente estudo, o uso de remédios caseiros e chás ganha significado a partir das descrições que os participantes deram para explicar como, quando, por que e para que usavam esses tratamentos. Também aparecem em suas falas com quem aprenderam e para quem ensinavam, além de qualificarem essa prática como boa ou ruim, a partir de suas experiências. Tomando como base os preceitos de Strauss e Corbin (2008), essas explicações que prestam esclarecimentos sobre o fenômeno são consideradas estruturantes para a subcategoria, uma vez que permitem descrever a categoria “Conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé” em termos de propriedades e dimensões.

Dizemos que os códigos livres “para que servem os chás” e “por que usar chás” estão associados, pois muitas vezes, ao falar sobre a função que determinada erva possui, o sujeito justificava o seu uso. O código livre “para que servem os chás” engloba outros 20 códigos *in vivo* e suas respectivas falas.

Só um chazinho, se precisar. Um chá de camomila, assim, quando eu tô sem sono. Dizem que é bom. (MGS16)

Quando eu tô sentindo uma dor no estômago, que parece que a comida fez mal, eu tomo e fico boa. (RPR18)

Pesquisa realizada no Estado do Ceará, com idosos atendidos em uma unidade básica de saúde, identificou 14 tipos de plantas utilizadas por estes no tratamento da hipertensão arterial, sendo a colônia e a erva cidreira as mais utilizadas. A erva cidreira também foi frequentemente

mencionada em nosso estudo e possui comprovadamente ação calmante e antiespasmódica suave, considerada praticamente isenta de riscos por ter uma baixa toxicidade (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007).

Em nosso estudo, cinco entrevistados mencionaram o uso de outros remédios caseiros para o tratamento e controle da pressão arterial, a saber: alecrim (*Rosmarinus officinalis* L., citado por dois idosos), camomila (*Matricaria recutita*), endro (*Anethum graveolens*) e chuchu (*Sechium edule*). As duas últimas plantas possuem propriedades anti-hiperlipidêmicas (endro) e hipotensoras (chuchu), ou seja, são capazes de exercer efeito sobre o sistema cardiovascular (GERALDES, 2010; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007).

Por outro lado, o alecrim e a camomila possuem comprovada ação antiespasmódica e anti-inflamatória, sendo utilizados no alívio de cólicas abdominais e como calmante (BADKE et al., 2011; FALKOWSKI; JACOMASSI; TAKEMURA, 2009; MORAIS et al., 2009; MORAIS et al., 2006), não sendo mencionada nenhuma propriedade hipotensora ou diurética nas referências consultadas.

Já o código “por que usar chás” e as falas associadas a ele explicam os motivos pelos quais determinados idosos utilizavam os chás em sua rotina. Alguns consideravam o chá como uma bebida que faz parte da sua alimentação, enquanto que outros o viam como um substituto para o medicamento, mostrando a confiança que depositavam nessa terapêutica, como pode ser observado nas emissões abaixo:

É porque é rotina, sabe? Pra não tomar café, eu tomo chá. Dizem que ele contém... que serve pra remédio mesmo. Mas eu tomo porque não vou tomar café depois da janta. Aí eu tomo chá pra não tomar café. (JOP03)

Tô tratando, agora mesmo, só com chá! Os comprimidos estavam dando muita dor no estômago. Os comprimidos da pressão estavam dando muita dor no estômago. (FCN07)

Essa última fala mostra que a idosa parecia acreditar que o chá é menos danoso, se comparado aos efeitos que o medicamento vinha lhe causando. Outros autores encontraram, ao entrevistar homens idosos que faziam uso de medicamentos e chás, que as representações sobre as plantas medicinais pareciam estar ancoradas na concepção de segurança, ou seja, que, por serem algo natural, apresentariam poucos efeitos colaterais (LIMA et al., 2012).

Os participantes nos ensinaram também quando o chá devia ser usado, posto que muitos o reservavam para momentos em que surgiam determinados sintomas ou incômodos, como destaca a fala de um informante a seguir:

Só às vezes, eu tomo chá de boldo. Ela [a esposa] faz chá de boldo e eu tomo. Às vezes tô com a barriga meio ruim, aí a mulher faz. Tomo por dois ou três dias. (GF09)

O fato de não usarem os chás diariamente pode ser explicado por outro código – “assumir os riscos de usar chá” –, posto que os participantes ponderavam seus benefícios e malefícios. O uso de plantas medicinais pode favorecer a saúde, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios (BADKE et al., 2011).

Eu gostava de tomar chá, mas é que nem eu tô lhe dizendo, eu não tô tomando agora porque eu não sei se devido a esse meu problema, se eu devo. Pro mó [Devido ao] do CA [câncer], aí eu não sei se pode tomar. Se serve pra uma coisa e agrava outra. (FRLS21)

Então, os chás também... do jeito que eles podem fazer bem, podem fazer mal também, se você não tomar na medida certa, não fizer corretamente... aí como é que eu vou? Às vezes assim um chá de erva doce, um negócio assim, eu não digo nada, né? A pessoa faz uma xícara, ou então aquele chá pronto, mas até disso eu não gosto. Porque eu sou chata pra tomar remédio. (MMFL23)

Em alguns casos, o uso do chá foi recomendado, com algumas ressalvas, pelo profissional de saúde, o que ajuda a legitimar essa prática como algo seguro, visto que sua indicação parte de alguém que possui conhecimento sobre a saúde do idoso.

Pesquisa realizada com médicos da ESF apontou que 77,8% desses profissionais utilizavam a fitoterapia na sua vida pessoal e 70,4% recomendavam aos seus pacientes (ROSA; CÂMARA; BÉRIAS, 2011). Situação semelhante também se encontrou no presente estudo, como pode ser verificado no relato abaixo:

Minha médica de Natal, lá do [Hospital Universitário] Onofre Lopes, minha médica de rins, sabe? Quando eu fui, ela me disse pra tomar só o chá de hortelã, ela disse que eu não tomasse outro [tipo de] chá. (...) Não deviam fazer bem pra mim, que tenho problema nos rins. (MSA25)

Embora todos os participantes vivessem na zona urbana, todos eles possuíam origem na zona rural de Santa Cruz ou municípios vizinhos, o que reforça a forte tradição sertaneja de respeitar e seguir credences populares e, portanto, incluir o uso de chás na rotina. Embora não tenha ficado explícito na fala de todos, alguns participantes falaram sobre o fato de aprender e ensinar sobre os chás, uma forma de perpetuar tal costume popular.

Eu tenho aí. Pego, faço um chazinho e tomo. Só isso, chá de alecrim. É o que eu faço e ensino também para as outras [as amigas]. (GAO02)

Ih... isso aí é coisa das avós... [risos] Vai passando de mãe... [risos] (MLSF08)

Conforme mencionado acima, o conhecimento sobre o uso de chás costuma ser adquirido com gerações anteriores – mães e avós – e é transmitido para pessoas que compõem o círculo familiar e de amigos desses idosos. Foi com essas pessoas que os idosos aprenderam como preparar e usar os chás, o que também nos ajuda a entender a prática do uso de chás.

A transferência de conhecimento acerca das plantas medicinais favorece não só a manutenção da saúde, como também pode representar a preservação do saber local, da cultura e costumes de um povo (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Alguns idosos misturavam mais de uma erva em uma só preparação, outros esperavam que a bebida esfriasse para que pudessem tomá-la, e ainda existem aqueles que associavam o preparo a determinados rituais religiosos, conforme mostra a fala a seguir:

No Dia de Ramos a gente leva o capim santo, que é pra o padre na hora do... das bênçãos, pra ele dar a bênção àquele capim santo (...) Aí trago pra casa pra fazer chá quando a pessoa tá doente. (ERS04)

No caso dessa participante, ERS04, a mesma afirmava não fazer uso de chás, embora possuísse várias ervas plantadas em sua casa e seguisse o ritual mencionado. Pela maneira como explicava, o capim santo parece tornar-se eficaz somente mediante benção do padre, mostrando então uma espécie de sincretismo ao reunir o conhecimento popular e a fé católica em prol da saúde.

Uma das entrevistadas nos explicou que, embora usualmente as pessoas utilizem o mastruz para fazer chás, ela utilizava a erva de outra maneira, visto que considerava o cheiro desagradável, como pode ser lido a seguir:

Nunca faço chá dele e nem... tem gente que faz chá, lava a cabeça e tudo, [mas] eu não. Vou lá botar isso na minha cabeça! [risos] Um cheiro danado! [risos] Eu como a folhinha, lavo bem lavadinha, mastigo, aí chupo aquela gorobinha dele e boto pra fora. (SMC01)

Tesser (2009) acredita que os praticantes das terapias complementares possuem saberes e técnicas que podem ser importantes aliados à promoção da saúde, tendo em vista que essas práticas valorizam e fomentam a solidariedade, a troca entre os sujeitos, a participação social e política, e assim, o empowerment comunitário, contribuindo para a construção de redes de apoio social.

Comparando os medicamentos com os remédios caseiros para usá-los na vida diária

A adoção dos medicamentos e/ou dos remédios caseiros é algo presente na vida, e, diante disso, alguns idosos ponderavam seus riscos e benefícios, além de buscarem entender as semelhanças e diferenças entre os dois tipos de terapia.

O remédio da farmácia, prescrito pelo médico, eu sei que ele tem de tudo um pouquinho que eles botam pra fazer aquele xarope. O remédio caseiro, se eles botarem uma danação de folha, pode até não dar certo. (IVN17)

*Remédio é feito de mato! Não é de outra coisa! Aí acabou-se essa propaganda: “Xarope de catingueira...”, diziam que era pra **tanta** coisa no*

mundo que servia! Eu só sabia que servia pra febre. Folha de catingueira, folha de eucalipto... você já deve ter ouvido falar de eucalipto[,] que é bom pra febre. (FRLS21)

As duas últimas falas mostram que as idosas possuíam o entendimento de que o medicamento vendido na farmácia é produzido a partir de plantas, ressaltando que o primeiro teria um melhor ajuste na concentração das substâncias, se comparado àquele que é preparado de forma caseira. Estudo realizado no Estado de Santa Catarina identificou que 81% dos entrevistados gostariam de receber do SUS medicamentos à base de plantas medicinais, bem como que fossem fornecidas mudas para cultivo domiciliar (MARAVAI et al., 2011).

Entendemos que o que é mencionado como “remédio da farmácia” e “remédio caseiro” pela idosa representam os medicamentos e fitoterápicos, e as plantas medicinais, respectivamente. Diante do exposto, consideramos importante esclarecer a diferença entre os termos usando as definições que constam na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

Quadro 1 – Descrição dos termos “medicamento”, “fitoterapia” e “planta medicinal”, conforme utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a)

Medicamento	Fitoterapia	Planta medicinal
Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos.	Terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas.	É uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Outro aspecto importante é a ideia de que os remédios caseiros são mais seguros do que os alopáticos, uma noção defendida por aqueles que explicam a preferência por um tratamento natural em detrimento de medicamentos sintomáticos, quando surge algum incômodo. Tais aspectos foram relatados pelos sujeitos da presente pesquisa, como podemos verificar abaixo:

*Quando eu estou sentindo qualquer uma coisa, eu corro, estando com meus chás feitos, eu gosto de tomar... pra servir àquele problema que eu estou sentindo. Às vezes eu estou sentindo uma dor, tô sentindo uma dor de cabeça, mas dor de cabeça às vezes é quando eu estou sentindo um aperreio com a família. Pronto, eu tomo **pra isso** assim. Quando eu tô com uma dor de cabeça, eu gosto de tomar [chá]. Eu tomava Anador, não posso tomar Anador mais. (JBP22)*

Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006) encontraram que as pessoas que preferem utilizar produtos naturais o fazem por acreditar que as plantas têm poder de cura e por gerarem menos efeitos colaterais quando comparadas aos medicamentos alopáticos.

Outra situação encontrada foi o caso da idosa que buscou o remédio caseiro porque, segundo seu relato, a médica da ESF se negou a tratá-la com medicamento, mesmo mediante a apresentação do resultado de um exame parasitológico que comprovava a presença de uma parasitose.

Eu tomo remédio caseiro assim: porque ela [a médica] não quis passar remédio pra ameba, aí eu tomo caseiro. (FCN07)

No tocante ao tratamento caseiro de sintomas gastrointestinais, os idosos entrevistados mencionaram o uso de: semente de jerimum, erva cidreira, hortelã da folha fina, boldo, alecrim, chá de sete dores e suco de beterraba com cenoura, mamão e hortelã.

Estudo realizado na cidade de Sobral, no Ceará, com pessoas de 19 a 86 anos, mostrou que os problemas mais tratados com plantas medicinais foram as manifestações agudas e transitórias do trato digestivo, distúrbios de ansiedade, doenças do sistema respiratório e cefaleia (TEIXEIRA et al., 2014).

Os aspectos ora discutidos revelam que a maioria dos idosos entrevistados faziam uso de algum tipo de remédio caseiro ou chá e que, muitas vezes, conciliavam o seu uso com medicamentos alopáticos. Essa prática, comumente fundamentada na cultura popular, já faz parte da realidade dos serviços de atenção primária e, portanto, não pode ser dissociada da atuação do profissional de saúde nesse contexto.

Sendo assim, o envolvimento dos profissionais na busca por conhecimentos acerca das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) se faz necessário a fim de evitar a propagação de conceitos equivocados e para que opções terapêuticas alternativas ao modelo biomédico sejam ofertadas com maior segurança. Thiago e Tesser (2011) sugerem a introdução do tema nos currículos dos cursos da área da saúde, além de maior oferta de capacitações e de divulgação desses temas para fortalecer a implantação da PNPIC nos municípios.

Confiando em Deus para ter saúde

Os idosos entrevistados, de modo geral, buscavam diversas formas de cuidado, ao mesmo tempo em que depositavam suas esperanças de cura e alívio na fé em Deus. Como dito anteriormente, todos os participantes se declararam cristãos e foi comum ouvir relatos que relacionavam saúde e religião.

Na missa de cura e libertação, a pessoa tendo fé viva se cura, certo? [Cura] De certas doenças. (MSF10)

A cidreira é mais pra... como é que se diz... você toma a cidreira para... [como] calmante, mas graças a Deus eu não tomo, porque tenho o meu Deus e não tenho como perder os nervos não. Meus nervos não são desequilibrados não (...) Eu nem tomo! Tenho fé em Deus, Deus é que vai me dar a saúde. (IVN17)

Chaves et al. (2014) encontraram associação entre religiosidade e maior qualidade de vida entre idosos atendidos pela ESF em uma cidade do interior de Minas Gerais. No entanto, os dados do estudo não encontraram relação entre religiosidade e depressão mediante a aplicação de instrumentos validados, como a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Com base em seus achados, esses autores recomendam que a religiosidade seja levada em consideração durante o planejamento da assistência à saúde dos idosos, não só como forma de melhorar sua qualidade de vida, mas também para que o profissional mostre respeito às crenças do sujeito.

Muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a Ele como recurso para enfrentá-los (FARIA; SEIDL, 2005).

*Quando eu tive essas coisas, Deus falava comigo. Dizia assim: “Essas enfermidades não são para a morte. É para a honra e glória do meu nome.”. Aí, é por isso que eu nem chorava, nem emagrecia, porque Deus não se agrada de doente maldizente não (...). Não. Sofre com paciência que Deus passa por tudo. Então, graças a Deus, até aqui o Senhor tem me ajudado, sabe? Nessas coisas. E vai me ajudar até o dia que Ele quiser me levar, não é? É porque nós não temos a vida. A vida é de Deus. Nossa vida é Deus. A gente só passa aqui o **tempo** que Ele já determinou.(IVN17)*

Nesse caso, o motivo da recuperação do estado de saúde da idosa foi atribuído ao nível espiritual e sua forma de mostrar respeito a Deus foi demonstrada por meio de gratidão e aceitação da doença, o que parece alimentar a esperança e a capacidade desses idosos de superar situações difíceis.

A religiosidade dá sentido à vida, diante do sofrimento, ao criar uma rede social de apoio (MELLO; OLIVEIRA, 2013). Entre as pessoas idosas, a espiritualidade aparece como um forte indicador de resiliência, visto que a busca do significado da vida e a fé as ajudam a superar os acontecimentos adversos mais significativos de suas vidas (SILVA; ALVES, 2007).

INTERAGINDO COM A REDE DE APOIO (PROFISSIONAIS, AMIGOS, FAMILIARES E REZADEIRAS)

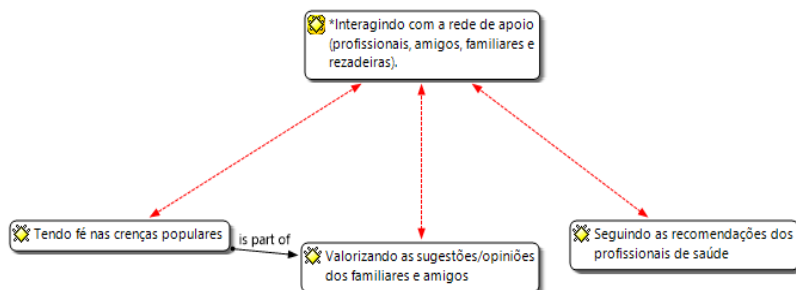
As redes de relações e suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. São importantes em todo o ciclo vital, na medida em que permitem a troca de apoio emocional, social e financeiro, sendo imprescindíveis durante o envelhecimento para ajudar as pessoas na adaptação às perdas físicas e sociais que podem surgir nessa fase da vida (NERI, 2005). Em consonância com o exposto nessa definição, as entrevistas realizadas revelaram que as interações sociais dos idosos contextualizam as situações que podem influenciar a prática do uso de medicamentos na vida diária.

A categoria “interagindo com a rede de apoio” emergiu de três famílias criadas durante a codificação axial e denominadas de: busca por benzedoras; os profissionais e os medicamentos; pessoas que

participam do cuidado. Esta categoria pode ser mais bem detalhada em termos de propriedades e dimensões, por meio de suas três subcategorias, a saber: Seguindo as recomendações dos profissionais de saúde; Valorizando as sugestões/opiniões dos familiares e amigos; Tendo fé nas crenças populares (Figura 2).

Para discussão desta categoria, consideramos importante resgatar um pouco do que Helman (1994) considerava como as três alternativas de assistência à saúde, sobrepostas entre si: a informal, a popular e a profissional. Cada alternativa possui meios de explicar e tratar as doenças, como também de definir quem cura e quem é o paciente, e de especificar como esses sujeitos devem interagir em seu encontro terapêutico. Em geral, as pessoas doentes transitam livremente entre a alternativa informal e as outras duas, podendo voltar à primeira quando o outro tipo de tratamento não proporciona alívio ao desconforto físico ou emocional (HELMAN, 1994).

Figura 2 – Diagrama da categoria (condição contextual): Interagindo com a rede de apoio (profissionais, amigos, familiares e rezadeiras)



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Valorizando as sugestões/opiniões dos familiares e amigos

Os familiares e amigos desempenharam papéis importantes na vida dos idosos deste estudo, visto que alguns necessitavam da ajuda de outras pessoas para ir até a farmácia ou unidade de saúde para adquirir o medicamento, para lembrar doses e horários, e outros para administração do medicamento, especialmente quando faziam uso de medicamentos injetáveis, como a insulina via subcutânea utilizada pelo Sr RB29, aplicada por sua filha.

A esfera doméstica tem sido recomendada pelas políticas públicas vigentes como o espaço ideal de permanência do idoso, no entanto, o que as pesquisas apontam é que a família continua desassistida e acaba

assumindo sozinha a responsabilidade de cuidar do idoso, sem necessariamente ter o apoio dos serviços de saúde e assistência social (SANTOS, 2010).

Um aspecto aparentemente simples, mas de grande importância, é o fato de ter alguém que possa responsabilizar-se pela aquisição do medicamento. Para tanto, um dos idosos chegou até a mudar de endereço para ficar mais perto de suas filhas e facilitar a logística do comparecimento a consultas e de receber os medicamentos. Ter um familiar cumprindo essa atividade aparece como algo valorizado pelo idoso, especialmente naqueles casos em que existe alguma condição física – como menor acuidade visual, dificuldade de deambular sozinho – que implique em uma dependência funcional para executar atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

Quando eu quero o creme, mando a menina levar a receita pra comprar. (FCN07)

Por isso que eu vim morar aqui. Porque aqui tenho duas [filhas], e lá só tem uma. Aí, graças a Deus não falta... qualquer coisa, quando uma não pode ir, a outra vai. De onde precisar... vai. (JRB26)

Segundo Camarano et al. (2004), a coresidência é algo que beneficia tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas, pois possibilita estratégias de ajuda ora fornecidas pelos idosos, ora pelos seus filhos e netos, variando de acordo com o nível de dependência funcional e também financeira do idoso em relação à sua família.

No entanto, em nosso estudo a interação com familiares e amigos vai além da aquisição ou administração dos medicamentos: aqui aparece também a influência da rede de apoio na indicação de tratamentos caseiros ou alopáticos, o que pode se configurar até mesmo como uma ameaça à saúde desses idosos. Alguns entrevistados usavam medicamentos sem prescrição e indicados por pessoas de sua confiança como, por exemplo, a senhora IVN17, que mencionou várias vezes uma amiga que era enfermeira. Não há como confirmar a formação desta pessoa, tendo em vista o fato de ela não fazer parte da equipe da ESF de onde a idosa vivia, e existindo ainda o agravante de se tratar de um medicamento que requer prescrição médica.

Eu estive conversando lá com uma enfermeira que é minha amiga e ela disse: “Vou dar um remédio

a você pra má circulação.”. Aí ela me deu, porque esse dedo do meu pé é duro, frio! Que não movia! Aí ela me deu o remédio, eu comprei o remédio, e graças a Deus tô movimentando o dedo (...). Meu medo era de perder o dedo, né? Mas, graças a Deus, desde que ela passou o remédio, eu tô tomando o remédio. Vou buscar ali pra você ver (...). A má circulação era tão grande, que doía, doía mesmo! Ela passou esse aí e disse: “Não deixe de tomar!”. E eu tô tomando, porque quando a gente vê o resultado... (IVN17)

Familiares ou amigos próximos que têm forte vínculo contam com a confiança desses idosos e assim seus conselhos são seguidos, muitas vezes sem ser questionada a real eficácia ou se há fundamentação para tal tratamento. Pesquisa realizada com participantes de um grupo da terceira idade, em Ribeirão Preto/SP, mostrou que, dos 35 entrevistados, 19 utilizavam de um a quatro medicamentos sem prescrição médica (PEREIRA et al., 2004).

Considerando o importante papel da família e amigos no cuidado ao idoso, já comprovado por estudos e políticas vigentes, bem como observado em nossa atuação diária, compreendemos também a preocupação daqueles que vivem sozinhos.

Eu moro sozinha. Moro sozinha e Deus! Aí, imagine a pessoa procurar doença? Tenho que procurar nunca adoecer, não é? (MSA25)

Atualmente, existem variadas estruturas domésticas e tornam-se cada vez mais frequentes os lares formados por apenas uma pessoa. Estudo realizado no interior da Bahia identificou, entre os idosos entrevistados, como alguns dos principais motivos de morar só: morte de familiares (incluindo a viuvez), separação conjugal, busca pela independência e falta de recursos financeiros para sustentar uma família (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010).

Eu me preocupo assim, porque eu não tenho família. Nós não temos família. Aí, o que me preocupa às vezes de noite, eu fico assim preocupado, é... no final da vida da gente, porque a gente não sabe. Aí eu imagino assim, ficar mais velho e não ter quem cuide da gente, ficar só nós

dois. (...) No caso... eu penso assim: no futuro, se começar a prejudicar a minha cabeça mesmo, que eu ficar desorientado, o jeito que tem é ir embora daqui, ir pra Natal [morar com os cunhados]. (JOP03)

O idoso se preocupava por ser casado e não ter filhos, o que, em sua concepção, representava não ter família, levando-o a se preocupar com o futuro e sobre a busca por alguém que pudesse cuidar do casal, caso viessem a adoecer. De acordo com Camargos et al. (2011), ainda não existem programas formais mantidos pelo Estado para prestar assistência aos idosos que necessitam de apoio; nesses casos, a institucionalização ainda é a principal alternativa. No entanto, lembramos que, se existirem condições favoráveis para que o idoso permaneça vivendo em sua casa, esse é o ambiente ideal para envelhecer, conforme define a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006c).

Desse modo, percebemos que é importante para o idoso ter alguém de sua confiança que possa ajudar nas atividades diárias, auxiliando nas atividades, das mais simples às mais complexas, oferecendo apoio emocional ou, simplesmente, se fazendo presente para que o idoso saiba que não está só nessa fase da vida.

Tendo fé nas crenças populares

No presente estudo, o fato de seguir determinadas crenças populares aparece como uma das iniciativas dos idosos na procura pela cura ou tratamento de uma condição de saúde.

Os idosos buscam aconselhamento com as rezadeiras, com seus familiares e outras pessoas que possuem problemas semelhantes aos seus, com a finalidade de compartilhar suas fragilidades, temores e incertezas, e ao mesmo tempo, encontrar alternativas para cuidar de sua saúde (SOUZA et al., 2012).

Às vezes eu gosto de ir, [porque] às vezes tem inveja em cima da gente... aí eu já me curei de derrame. Fiquei boa, porque eu tava com os olhos vermelhos, aí fui pra rezadeira e ela me curou de derrame. (MSF10)

Já veio... já vieram me curar umas duas vezes aqui em casa. (RB29)

A busca pelo curandeirismo foi permeada por manifestações de fé e confiança na pessoa que realizava a reza ou ritual. As benzedoras, rezadeiras ou curadores foram ilustrados como pessoas mais idosas que viviam na própria comunidade e que eram velhos conhecidos dos participantes, características que corroboram com a criação de vínculo, envolvendo confiança e respeito pelo tipo de cura e pela forma como esta se realiza.

*Ela mora bem aqui! É uma velhinha aleijada.
(RPR18)*

Tem uma velhinha que mora aí em frente e, no tempo que ela tinha saúde, ela curava pra isso. Era boa pra curar ramo, dor de dente... ela curava. (MFC20)

Quando minha mãe era viva, ela gostava de rezar (...) eu ia lá pra ela me rezar (...) Ela mesma rezava, aí, depois que ela morreu, eu não também não fui mais atrás de ninguém. (JPS30)

Estudo realizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Norte revelou que as rezadeiras ou benzedoras são mulheres que realizam as benzeduras, utilizando “conhecimentos do catolicismo popular, como ‘súplicas’ e ‘rezas’, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio material ou físico e espiritual das pessoas que buscam a sua ajuda” (SANTOS, 2009, p. 12).

Em nossa pesquisa, as maneiras de proceder no ritual de cura incluíram o uso de plantas, a repetição de ditos populares e orações, o que em certos casos guarda semelhança com as práticas religiosas cristãs. Os idosos manifestaram que a cura parece acontecer não somente devido ao ritual seguido, mas acreditavam que ela depende da fé depositada naquela prática. De acordo com Santos (2009), a cura só acontece quando há uma predisposição à fé, tanto por parte das rezadeiras como por parte de quem procura por estes serviços.

Fui quando era nova só, que ia pra casa das curandeiras. Mas agora não, que eu não tenho pra quê. Ia! Gostava de me curar. Só naquele tempo que... tinha uma história de curar de ramo, porque eu tinha dor de cabeça, aí eu fui... mandar

rezar minha cabeça. Melhorava! [risos] Não sei se foi a fé, né?(MADC19)

Era rezando... baixinho. E com um raminho, benzendo. (...) Melhorei! Não sei se foi a minha fé... [risos]. (MRM28)

Na realização do ritual de cura, as rezadeiras podem utilizar vários elementos, dentre eles: ramos verdes, gestos em cruz feitos com a mão direita, agulha, linha e pano, rezas e devoção aos santos populares. Elas afirmam que aprenderam esses rituais com familiares de gerações anteriores ou mesmo de forma milagrosa, como um dom dado por Deus através de sonhos e visões (SANTOS, 2009; MEDEIROS et al., 2013).

Nesse sentido, uma fala significativa foi a de uma idosa que afirmou procurar primeiramente a rezadeira e, somente depois, buscava atendimento nos serviços de saúde. Isso mostra o respeito às tradições e o valor dado às crenças populares, sendo essa priorizada ao cuidado no modelo biomédico.

Por muito tempo a cura por rezadeiras/benzedeiras era a única alternativa de cuidado à saúde para aqueles que viviam longe dos centros urbanos, motivo que levou ao maior desenvolvimento dessas práticas no meio rural (NERY, 2006).

Tem uma reza acolá que eu tenho muita fé nas palavras de Deus que ela reza no ramo. Quando meus netos estão doentes eu digo: “Vai pra casa daquela mulher logo, pra poder ir pro hospital.”. (MLFS27)

Por outro lado, aqueles idosos que negaram buscar esse tipo de ajuda espiritual manifestaram sentimentos de repulsa e referiram tal prática como algo que diverge da fé cristã.

Essa história de curandeira, benzedeira (...) Quer dizer, todas essas coisas são armação do diabo. Não existe essa história de curadeiro. Muitas vezes os curadeiros se entregam na mão do inimigo pra fazer mal. E eu não acredito, porque a Bíblia diz que isso é o próprio diabo. Você vê que a maioria das coisas que eles fazem aí não tem um tico de sentido! Porque é o próprio inimigo querendo judiar das pessoas e, vendo isso

na Bíblia, eu não tenho coragem nunca! Não vou, não acredito, não dou conselho a ninguém a ir. (MSSC14)

Mas eu não dou muito valor a essas coisas não, porque só quem cura é Jesus e mais ninguém! [risos]. (MGS16)

Deus me livre! Não gosto daquilo não! Aquilo é... [risos]. Aquilo são uns mentirosos! Minha filha, aquilo são mentirosos! Eu vou lá atrás daquilo! O povo vai até pra casa dos feitiçeiros, dizendo que isso e aquilo. Os feitiçeiros... isso é coisa do cão! A Bíblia diz! Isso não é coisa de Deus não! E eu que conheço meu Deus não vou nem perto, porque sei que não é Dele. Fazer promessa com curandeiro pra dar... elas só querem dinheiro! Deus me livre! (IVN17)

Esse sentimento negativo, em parte, foi explicado por uma das idosas que admitiu já ter procurado ajuda espiritual no passado, mas que hoje não o fazia mais porque percebia que algumas pessoas se dizem rezadeiras apenas para conseguir algum dinheiro daquele que necessita de ajuda.

...Mas hoje em dia não tem. Primeiro porque hoje em dia o povo inventa de ser rezador pra comer o dinheiro, porque não sabe. De primeiro [antigamente] existia mesmo! Rezava e resolvia. Mas hoje... (FRLS21)

Na concepção de algumas rezadeiras entrevistadas em estudo realizado na Paraíba, não é mencionado nenhum pagamento em dinheiro por esses rituais. Pelo contrário, a tarefa de rezar é considerada um dom divino, havendo a preocupação de transmitir esse conhecimento para gerações futuras para que essa tradição não se perca no tempo (THEOTONIO, 2010).

Seguindo as recomendações dos profissionais de saúde

Quanto aos profissionais de saúde, a figura do médico foi mencionada inúmeras vezes, o que se justifica pelo fato de ser ele o responsável pela prescrição medicamentosa, mesmo havendo as

prerrogativas para enfermeiros e odontólogos. Sendo assim, aquilo que o médico prescreveu e recomendou foi fortemente seguido pelos idosos, muitas vezes com expressões que revelaram uma obediência incontestável ao que esse profissional ditava, mesmo em situações em que o idoso sequer entendia o porquê de usar tal medicamento ou qual problema estava tratando. Nesses casos, há que se considerar o sentimento de “vergonha” em questionar o profissional que alguns mencionaram, nos dando uma ideia de distanciamento entre usuário e profissional.

Falei não. Nunca falei porque eu tenho vergonha de falar isso [perda de urina].(ERS04)

Ah, minha filha, eu acho que já tenho há uns cinco anos. Eu demorei muito a ir pro médico, às vezes tinha vergonha. E tinha também um ginecologista ali, era doutor R. Ele passou ainda um medicamento, achou que era problema ginecológico, só que ele errou, porque não tinha nada a ver, não passou! Até a agente [ACS] foi quem me disse: “Olhe, Dona M., a senhora não pediu um médico ginecologista? A senhora tava se urinando muito? Pois pronto, chegou.”. Ai eu fui, mas ele só fez passar esse remédio, aí não serviu não. Aí foi [nesse] tempo que eu consegui falar ali [clínica escola], a menina disse que era bom um tratamento e me enviou. (MSSC14)

A figura mítica dos médicos (ou dos profissionais de saúde) e a supervalorização em volta destes, muitas vezes, constroem e inibem o idoso. As ações dominantes dos profissionais de saúde estão intimamente ligadas à onipotência e à hierarquização do saber científico sobre o empírico, assim, eventualmente os idosos consomem os medicamentos prescritos sem entender o porquê ou como usá-los, informações que poderiam ajudar a minimizar ou prevenir potenciais riscos à sua saúde (LYRA JÚNIOR et al., 2008).

Divergindo desta tendência de distanciamento e frieza, aparece a relação que os idosos possuem com os agentes de saúde, alguns médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, lembrados como pessoas que realizam visitas e com quem possuem vínculo. Estudo anterior identificou que os idosos elogiavam as ações desenvolvidas pelo ACS pelo fato de realizarem visitas com frequência, destacando o

fornecimento de informações e o agendamento de consultas na unidade de saúde. Já o enfermeiro foi confundido com o técnico de enfermagem ou com o ACS, mostrando existir pouca clareza sobre as funções desse profissional (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Um ponto preocupante na atenção ao idoso pela ESF é a prescrição de psicotrópicos que possuem dispensação controlada. Alguns participantes faziam uso desses medicamentos havia mais de 20 anos e explicaram que às vezes o técnico de enfermagem fazia a renovação da receita, e o médico apenas inseria sua assinatura sem realizar uma avaliação clínica.

Ela já faz a receita e ele [assina]... porque é a mesma coisa! Aí ele carimba e eu compro. Não, comprar não! Eu recebo de graça esses daqui. (IVN17)

Esse aqui quem passou foi o... o neurologista mesmo, aí eu só faço renovar a receita. Eu fico só renovando. Vamos supor: quando ele [o medicamento] se acaba, eu vou, a minha ficha já tá lá. Aí às vezes não carece nem a doutora... Porque eu sou da área da equipe de doutora B., não [precisa] nem doutora B. fazer. O enfermeiro faz. Porque na minha ficha já consta que eu tomo. Porque[,] se não constasse, hoje você não fazia não. Eu tô lhe dizendo, mas você sabe que é assim. Se na sua ficha não tiver desde o começo[,] como eu tenho a minha lá, que eu tomo esse remédio, nem levei a receita do doutor, aí ela não tá passando. Passa para ir ao neurologista. (FRLS21)

Cruz et al. (2006) estudaram o uso de benzodiazepínicos em idosos no Estado São Paulo e encontraram que o tempo médio de uso desses medicamentos foi de cinco anos, variando de seis até 360 meses, mostrando existir uma cronicidade dessa terapia. A maior parte dos entrevistados tinha recebido prescrições de clínicos gerais, sendo que os psiquiatras e geriatras apareceram em menor número. Embora o uso prolongado dessa classe de drogas seja algo alarmante, o fato de 90% dos entrevistados referirem seguir adequadamente as orientações do profissional torna a prática menos preocupante.

Os motivos para o uso de benzodiazepínicos costumam ser as queixas de ansiedade e insônia (CRUZ et al., 2006; RICARDO; GÁRCIGA, 2010), e as mulheres idosas parecem ser as maiores consumidoras, o que nem sempre é feito a partir da indicação médica (RICARDO; GÁRCIGA, 2010; TELLES FILHO et al., 2011).

Destacamos que a automedicação é uma prática preocupante não apenas quando se trata de psicotrópicos, mas que merece atenção mesmo nos casos em que se faz uso de medicamentos de venda livre, tendo em vista que seu consumo em idosos não é algo isento de riscos à saúde (PEREIRA et al., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática diária de usar medicamentos manifesta-se como um importante aspecto na vida dos idosos entrevistados, tendo em vista que, em muitos casos, a terapia medicamentosa ocupa um eixo central no cuidado à saúde. No entanto, ao realizarmos perguntas abertas a esses participantes, suas respostas indicaram uma vasta gama de recursos informais utilizados e de pessoas que sugeriram tratamentos que estavam para além dos serviços da rede de saúde, aspectos que podem acabar passando despercebidos por geralmente não constarem nos registros do prontuário da família.

Na realidade estudada, foi comum o uso concomitante dos medicamentos (prescritos e não prescritos), remédios caseiros, e a busca por tratamento espiritual, aqui referido como a busca por benzedeiras. Vale ressaltar, ainda, que os idosos se mostraram inclinados a desenvolver relações de confiança com amigos, familiares e profissionais, o que em alguns casos favoreceu o seguimento das orientações dessas pessoas da sua rede de apoio, mesmo quando elas não possuíam uma formação específica, fato que gera algumas preocupações envolvendo a automedicação, a polifarmácia e suas consequências.

Em estudos como este, apoiados na TFD, torna-se fundamental a descrição de como as condições contextuais afetam o fenômeno estudado numa perspectiva micro ou macro, ou seja, como o influenciam de maneira mais focal ou mais global.

Todas as questões ora citadas – as interações com a rede de apoio e o ato de conciliar diferentes tratamentos – compõem o contexto micro que influencia o fenômeno estudado. Porém, se quisermos entender o contexto macro, teremos que ampliar nosso olhar para entender que condições globais influenciam o uso de medicamentos nessa realidade.

Ao considerarmos que todos os entrevistados eram idosos atendidos pela ESF e que utilizavam medicamentos – comprados e adquiridos gratuitamente – para cuidar da sua saúde, é inevitável enxergar que todos eles estavam submetidos aos direitos e deveres constantes nas políticas vigentes que os afetam: a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Promoção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica. Seguindo esse raciocínio, teríamos que admitir que, para além das condições contextuais já discutidas, haveria em nosso modelo um contexto macro correspondente às políticas citadas.

No entanto, respeitando os princípios da TFD, em que a teoria deve emergir dos dados, a inclusão desse contexto macro no modelo paradigmático criado seria algo artificial, tendo em vista que essa foi uma questão que não apareceu nas falas, mas apenas surge da nossa análise.

Assim, com base em Strauss e Corbin (2008), dizemos que as condições contextuais – conciliando o uso de medicamentos, chás, remédios caseiros e fé, interagindo com a rede de apoio – criam um conjunto de circunstâncias às quais as pessoas idosas respondem buscando estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária, categoria que corresponde às ações/interações do modelo paradigmático delineado.

REFERÊNCIAS

BADKE, R. et al. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.132-139, jan./mar. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: caderno de atenção básica n. 19**. Brasília: Ministério da saúde, 2006b.

_____. _____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cf m?co_seq_noticia=28208> Acesso em: 2 dez. 2007.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-167.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CHAVES, E. C. L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, 2014.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 27, n. 3, p.259-267, 2006.

FALKOWSKI, G. J. S.; JACOMASSI, E.; TAKEMURA, O. S. Qualidade e autenticidade de amostras de chá de camomila: *Matricaria recutita* L. – Asteraceae. **Rev. Inst Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 64-72, 2009.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

GERALDES, D. M. A. **Biotransformação de monoterpenos por raízes transgênicas de *Anethum graveolens***. 2010. 53 f. Dissertação (Mestrado em biologia celular e biotecnologia) – Universidade de Lisboa. Lisboa, 2010.

HELMAN, C. G. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: _____. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

LIMA, S. C. S. et al. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, 2012.

LYRA JÚNIOR, D. P. et al. Compreendendo os significados das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de

medicamentos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 591-599, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a05.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2014

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. Suplemento.

MARAVAI, S. G. et al. Plantas medicinais: percepção, utilização e indicações terapêuticas de usuários da estratégia saúde da família do município de Criciúma- SC vinculados ao PET- Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [Florianópolis], v. 40, n. 4, p. 69-75, 2011.

MEDEIROS, R. E. G. et al. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1339-57, 2013.

MELLO, M. N.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.

MORAIS, T. C. et al. Produção de biomassa e teor de óleos essenciais da camomila: [*Chamomilla recutita* (L.) Rauschert] em função das adubações com fósforo e nitrogênio. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 8, n. 4, p. 120-125, 2006.

MORAIS, S. M. et al. Ação antioxidante de chás e condimentos de grande consumo no Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Curitiba, v.19, n. 1B, p. 315-320, jan./mar. 2009.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2.ed. Campinas: Alínea, 2005.

NERY, V. C. A. Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 29., 2006. Brasília. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2006. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/120415399193864084132347838529996558992.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 93-105, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, 2011.

PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 479-481, 2004.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R.; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 43-54, 2010.

RICARDO, L. I. S.; GÁRCIGA, F. F. H. Consumo de benzodiazepinas em pacientes geriátricos del Consultorio # 12, Policlínico "Campo Florido". **Revista Cubana de Farmacia**, La Havana, v. 44, n. 3, p. 346-353, 2010.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIAS, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.

SANTOS, F.V. O ofício das rezadeiras como patrimônio cultural: religiosidade e saberes decura em Cruzeta na região do Seridó Potiguar. **Revista CPC**, São Paulo, n. 8, p. 6-35, maio/out. 2009.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3. ed. Campinas: Alínea, 2010.

SILVA, A. I.; ALVES, V. P. Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. **Diálogos possíveis**, Salvador, n. 1, p. 189-210, jan./jun. 2007.

SOUZA, N. M. G. et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [Porto Alegre], v. 33, n. 1, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, A. H. et al. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais no município de Sobral, Ceará/Brasil. **Sanare**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 23-28, 2014.

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da Família: implicações para enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, 2011.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-42, 2009.

THEOTONIO, A. C. R. **Entre ramos de poder: rezadeiras e práticas mágicas na zona rural de Areia–PB**. 2010. 124p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2010.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto: Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-21, 2006.

VEIGA JÚNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 308-313, 2008.

WHO. **Traditional medicine strategy 2002-2005**. Geneva: WHO, 2002.

6.4.3 Manuscrito 3

USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: EFEITOS PERCEBIDOS E FORMAS DE ACESSO AO TRATAMENTO**DRUG'S USE BY THE ELDERLY: REALIZED EFFECTS, AND WAYS TO TREATMENT ACCESS****USO DE MEDICAMENTOS POR ANCIANOS: EFECTOS PERCIBIDOS Y FORMAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO****RESUMO**

Esse estudo tem o objetivo de analisar as condições interventoras que influenciam no uso de medicamentos em idosos atendidos na atenção primária à saúde. Foi adotado o referencial teórico metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, sendo o estudo do tipo exploratório-descritivo e de natureza qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com idosos em uso contínuo de pelo menos um medicamento, residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Cruz/RN. A codificação dos dados apontou a criação de um modelo paradigmático composto de nove categorias, das quais duas são apresentadas no presente manuscrito. Assim, as condições interventoras que influenciam o fenômeno em estudo são representadas pelas categorias: *Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos*; e *Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos*. A depender da forma como o idoso adquire os medicamentos – gratuita ou não – maiores são as chances de cumprir a terapia prescrita. Quando os medicamentos não solucionam o problema de saúde ou, ainda, provocam efeitos desagradáveis, podem levar o idoso a abandonar o tratamento. Já a sensação de bem-estar atribuída aos medicamentos parece contribuir para o cumprimento da terapia prescrita e controlar o estado de saúde.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Medicamentos essenciais. Política nacional de medicamentos. Idoso. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to analyze the intervening conditions that influence the use of medications in elderly assisted in primary health care. It was

adopted methodological framework of Grounded Theory and a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with seniors in continuous use of at least one medication, residents in areas covered by the Family Health Strategy in the city of Santa Cruz/RN. The data encoding pointed creating a paradigmatic model consists of nine categories, two of which are presented in this manuscript. Thus, the intervening conditions that influence the phenomenon under study are represented by categories: “Dealing with forms of acquisition of medicines”; and “Realizing the good and bad effects of drugs”. Depending on how the elderly get the drug - free or not - greater the chances to meet the prescribed therapy. When drugs do not solve the health problem or even cause unpleasant effects, can lead the elderly to abandon the treatment. On the other hand, have a sense of well-being attributed to drugs seems to contribute to the fulfillment of the prescribed therapy and control the health.

Key words: Drug utilization. Drugs. Essential. National Drug Policy. Aged. Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar las condiciones interventoras que influyen en el uso de medicamentos en ancianos atendidos en la atención primaria a la salud. Fue adoptado el referencial metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos, siendo de naturaleza cualitativa. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con ancianos en uso continuo de por lo menos un medicamento, residentes en áreas cubiertas por la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Santa Cruz/RN. La codificación de los datos apuntó la creación de un modelo paradigmático compuesto de nueve categorías, de las cuales dos son presentadas en el presente manuscrito. Así, las condiciones interventoras que influyen en el fenómeno en estudio son representadas por las categorías: *Lidiando con las formas de adquisición de los medicamentos*; y *Percibiendo los efectos buenos y adversos de los medicamentos*. Dependiendo de la forma como el anciano adquiere los medicamentos – gratuita o no – son mayores las oportunidades de cumplir la terapia prescrita. Cuando los medicamentos no solucionan el problema de salud, o aun, provocan efectos desagradables, pueden llevar al anciano a abandonar el tratamiento. Ya la sensación de bienestar atribuida a los medicamentos parece contribuir para el cumplimiento de la terapia prescrita y controlar el estado de salud.

Palabras clave: Uso de medicamentos. Medicamentos essenciais. Política nacional de medicamentos. Anciano. Enfermeria.

INTRODUÇÃO

Diariamente, em nossa prática profissional, é possível observar que a manutenção de um bom estado de saúde e bem-estar parece ser o anseio da maioria das pessoas. De forma coerente com essa preocupação coletiva, as políticas de saúde vigentes em nosso país têm dado especial atenção àqueles que se encontram acima dos 60 anos de idade, tendo em vista ser considerado um segmento da população mais vulnerável ao surgimento de agravos como, por exemplo, as doenças crônicas. Todavia, sabe-se que as pessoas passam pelas diferentes fases da vida e envelhecem de modo diverso, de acordo com uma menor ou maior exposição aos fatores determinantes do envelhecimento ativo que envolvem condições sociais, ambientais, biológicas e comportamentais (OMS, 2005a).

Com os avanços tecnológicos na área da saúde, sabe-se que muitas doenças antes consideradas incuráveis agora podem ser controladas ou até mesmo solucionadas com o advento de tratamentos cada vez mais específicos. Nesse sentido, os mais diversos medicamentos vêm sendo amplamente utilizados pela população que envelhece, lançando importantes desafios no âmbito individual e coletivo.

Em populações com muitos idosos, onde há maior frequência de doenças crônicas, o número de consultas, exames complementares e hospitalizações tende a ser maior, além de ter como consequência um maior consumo de medicamentos (IBGE, 2009b).

Sabe-se que é comum encontrar, entre os idosos, pessoas que fazem tratamento simultâneo para diversas condições de saúde, resultando em regimes terapêuticos complexos, envolvendo três ou mais medicamentos, sejam eles custeados por programas do governo ou adquiridos pelo usuário em farmácias privadas. As situações elencadas compõem alguns dos principais fatores que contribuem para uma baixa adesão ao tratamento por parte do idoso (TAVARES et al., 2013; BASTOS-BARBOSA et al., 2012), sendo essa uma importante questão de saúde pública que necessita ser cuidadosamente analisada.

O estudo ora realizado alcançou a elaboração de um modelo paradigmático baseado em Strauss e Corbin (2008), cuja condição causal denomina-se “controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos”. Sendo assim, consideramos

importante investigar os fatores e as situações que podem interferir no controle das condições de saúde/doença e no tratamento medicamentoso de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

Este estudo tem o objetivo de analisar as condições interventoras que influenciam o uso de medicamentos em idosos atendidos na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado nos princípios da Teoria Fundamentada nos Dados, sendo do tipo exploratório-descritivo e de natureza qualitativa. Os locais escolhidos para arrolamento dos sujeitos foram as unidades básicas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Santa Cruz/RN, onde a pesquisadora desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão junto ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Os objetivos de pesquisa foram divulgados entre os profissionais de três UBS, assim como durante reuniões dos grupos de convivência sediados nessas unidades, sendo esses os meios utilizados para convidar os participantes em potencial. As entrevistas – do tipo semiestruturada – aconteceram no domicílio desses, sendo agendadas junto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com a disponibilidade dos participantes, e cada entrevistado indicava o próximo seguindo a técnica bola de neve. O período de coleta dos dados compreendeu de outubro de 2013 a junho de 2014.

Os participantes eram todos idosos atendidos nesses serviços de saúde e em uso de pelo menos um medicamento. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa e procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – importante passo no cumprimento da Resolução CNS nº 466/2012 – inicialmente responderam ao Miniexame do Estado Mental, e aqueles que apresentaram pontuação abaixo do esperado para seu respectivo nível de escolaridade foram excluídos, para que não houvesse dificuldades em responder ao instrumento de pesquisa. A pontuação estabelecida como ponto de corte para o instrumento foi a mesma adotada pelo Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

As etapas de coleta, transcrição e pré-análise ocorreram de forma concomitante, o que possibilitou perceber as lacunas a serem preenchidas e, assim, buscar mais sujeitos potenciais, seguindo o

princípio da amostragem teórica, conforme recomendam Strauss e Corbin (2008).

De acordo com o referencial teórico metodológico adotado, a análise foi composta pelas fases de codificação aberta, axial e seletiva, em que se realizou a microanálise, gerando, inicialmente, 1195 códigos. Esses quais foram agrupados em torno de um eixo comum, refinados e organizados em famílias, com suporte do *software* Atlas ti 7.5.2, o que resultou, ao final, em um modelo paradigmático composto por nove categorias. No presente artigo serão apresentadas as categorias e subcategorias que correspondem às condições interventoras no modelo delineado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

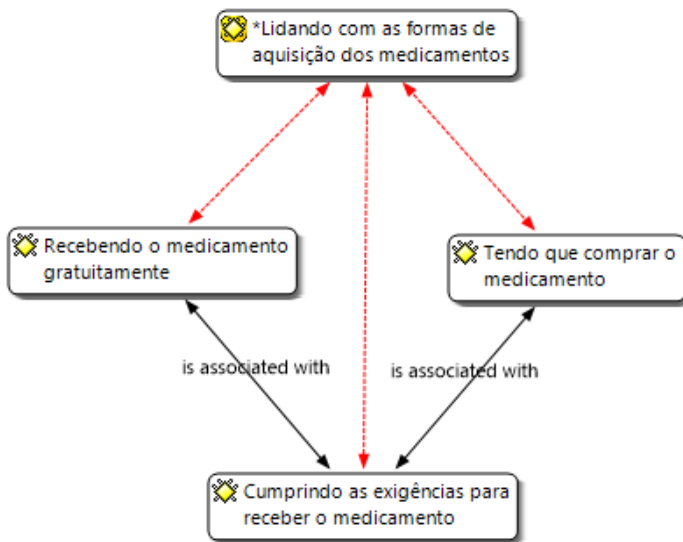
Na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), as condições interventoras são aquelas que mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos e surgem de contingências que devem ser respondidas com uma forma de ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

LIDANDO COM AS FORMAS DE AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Em geral, os participantes recebem alguns medicamentos na própria unidade de saúde, alguns recebem gratuitamente em farmácias privadas por meio de convênios com o governo e outros precisam pagar pelo medicamento. Muitos idosos mencionam diretamente o preço do medicamento, enfatizando como algo que pesa em seu orçamento mensal.

Também existe o fato de alguns acharem que os medicamentos entregues através do programa Farmácia Popular lhes são doados como algo que o dono da farmácia faz voluntariamente e não percebem esse medicamento como oriundo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1 – Diagrama da categoria (condição interventora): Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Recebendo o medicamento gratuitamente

Considerando que a maioria dos entrevistados tinha renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos, a aquisição dos medicamentos de forma gratuita torna-se algo importante de ser discutido. Todos os idosos eram atendidos pela ESF e utilizavam constantemente os serviços públicos do SUS, sendo comum a procura por unidades básicas e farmácias privadas participantes do programa “Farmácia Popular” para receber seus medicamentos. Os profissionais da ESF aparecem aqui como figuras importantes na prestação de informações, pois em algumas situações o idoso demonstrava que, inicialmente, não compreendia o processo de entrega gratuita dos medicamentos.

Eu comprava lá em C., sabe? Eu disse a doutor L. que eles cobravam uma taxa de R\$ 4,00. Aí ele [o médico] disse: “Não. Esse remédio aqui é o governo que dá. Não é pra pagar não.”. Pois em C. [nome do dono da farmácia] já duas vezes que acontece. Aí a minha amiga disse: “Vambora pra

farmácia de F. que eu pego lá e não pago nada!”. Pois é, toda vez que eu ia [ao médico] ele me dizia: “Esse remédio é do governo! O governo que dá.”. (...) Ai eu deixei e agora vou lá em F. Ela me dá uma caixinha azul, só tomo dois comprimidos por dia. Um de oito horas e outro de duas horas da tarde. (MFJ12)

A aquisição de forma gratuita mencionada pela entrevistada somente é possível em virtude do programa “Farmácia Popular do Brasil”, instituído pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, o qual determina que a disponibilização de medicamentos deve ser efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com os estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos. Nos casos em que o medicamento é disponibilizado pela rede privada de farmácia e drogarias, seu custo é subsidiado pelo governo (BRASIL, 2004).

No ano de 2006, por meio da Portaria MS nº 491/2006, o Ministério da Saúde expandiu o Programa ao credenciar a rede privada de farmácias e drogarias, ampliando o acesso aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2006b). Atualmente, o Programa Farmácia Popular é regulamentado pela Portaria nº 971, de 17 de maio de 2012, e fornece gratuitamente medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, além de oferecer desconto de 90% no valor daqueles utilizados no tratamento de dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma e na aquisição de fraldas geriátricas (BRASIL, 2012a).

Estudos realizados para avaliar o programa, até o momento, têm demonstrado que a maioria da população se mostra satisfeita com os serviços da Farmácia Popular, ainda que alguns estabelecimentos necessitem de melhorias em sua estrutura a fim de ter um espaço físico disponível para a realização da atenção farmacêutica, uma prática que visa o fornecimento de informações sobre a farmacoterapia para a população, para melhorar sua saúde e qualidade de vida (ALTNETTER; GALLINA; HEINECK, 2013; AGUIAR; BALISA-ROCHA; LYRA JÚNIOR, 2013).

No entanto, muitos idosos precisam comprar alguns medicamentos para completar seu tratamento, se trata de drogas que não são disponibilizadas pelo SUS, como mostram as falas a seguir:

Todos esses remédios de caixa são comprados. Só me dão lá no posto a sinvastatina e o losartana,

porque a gente faz uma ficha na farmácia do governo... (JOP03)

No posto são só aqueles comprimidinhos... atenolol... esses remedinhos que são baratinhos.(MRM28)

Com isso, observa-se que esses idosos entendiam que os medicamentos fornecidos pelo governo são aqueles de baixo custo e que os de valor mais elevado não são disponibilizados gratuitamente para a população, fazendo com que parte do seu tratamento seja adquirida com recursos próprios. Isso acontece porque as listas municipais e estaduais de medicamentos distribuídos são elaboradas com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual está fundamentada “nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos” (BRASIL, 2010, p. 9).

No Brasil, a primeira lista de medicamentos essenciais foi elaborada no ano de 1964, antecedendo a primeira recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que viria a ser feita alguns anos depois, em 1977. Desde então, a Rename passou por várias atualizações baseadas em evidências científicas, incluindo não apenas medicamentos dispensados na atenção básica, mas também fornecendo opções terapêuticas para situações de assistência à saúde de média e alta complexidade (BRASIL, 2010).

A adoção da Rename pelos municípios e estados está entre as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos. Segundo essa Política, devem ser disponibilizados os produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, com base no perfil epidemiológico de cada localidade, motivo que justifica a importância de que tais listas sejam constantemente avaliadas e atualizadas (BRASIL, 1998).

Atualmente, o elenco de medicamentos e insumos da Rename está organizado de acordo com a seguinte estrutura: Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Insumos; e Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. De acordo com a Portaria nº 533/2012, os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles que constam na relação

destinada ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2012b).

Estudo realizado com idosos das Regiões Nordeste e Sul mostrou que 98,4% tinham acesso aos anti-hipertensivos. Entre as pessoas cadastradas nos programas de hipertensão e diabetes desses locais, 75% receberam os medicamentos gratuitamente e somente 15% precisaram pagar por eles (PANIZ et al., 2010). Ter acesso total aos medicamentos através do SUS tem sido uma realidade mais prevalente entre os moradores da Região Sul do país, entre os mais pobres, menos escolarizados e entre pessoas cadastradas na ESF (BOING et al., 2013).

Diante de um cenário onde a maioria das pessoas, mas não sua totalidade, adquire seus medicamentos de forma gratuita, cabe também discutir a situação daqueles que necessitam buscar outros meios e/ou comprá-los para realizar o seu cuidado à saúde.

Tendo que comprar o medicamento

Considerando a complexidade e a dinamicidade do processo saúde/doença de uma população, é possível compreender que dificilmente se conseguirá atender todas as necessidades de saúde das pessoas no que tange ao acesso gratuito aos medicamentos. Assim, a seleção dos medicamentos essenciais parte de uma perspectiva epidemiológica que busca refletir as necessidades coletivas, sendo também um guia para gestão e alocação de recursos financeiros pactuados entre as instâncias decisórias do SUS – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (SANT’ANA et al., 2011).

Diante do exposto, alguns idosos mostraram as dificuldades financeiras enfrentadas quando seu tratamento à saúde não é inteiramente custeado por recursos públicos, apontando um importante comprometimento da renda mensal, tendo em vista que praticamente todos os entrevistados recebiam um ou dois salários mínimos por mês.

Eu compro ele. [pausa] Porque dificilmente o posto dá. É muito difícil, porque ele é caro, sabe? (...) Quando Dr. A. era vivo, fazia consulta com a gente todo mês. Todo mês eu comprava uma caixa, que é R\$10,00 uma caixa. Mas essa outra médica vem de 90 em 90 dias! Aí ela passa logo três caixas! Aí eu tenho que comprar três caixas, são R\$30,00! (JOP03)

Gasto muito. O dinheiro que eu tiro só dá pra gastar com remédio e com aqueles negócios de passar na pele [protetor solar]. Tanto, tanto, tanto. Aquele protetor solar eu gasto, compro demais. (RPR18)

É como diz a história: a saúde... no posto... essas coisas, não dá! Porque não tem. Aí tem que ser tudo comprado. Eu compro por mês pra pagar quando recebo dinheiro, aí pago por mês. (MRM28)

Em realidade semelhante, o baixo acesso aos medicamentos se deu pela indisponibilidade desses produtos nas unidades básicas de saúde do bairro de residência, tendo em vista que mais da metade dos entrevistados (60,7%) recebia os medicamentos gratuitamente nesses locais, seguidos dos 30,4% que os compravam e 9% que obtinham de graça em outras unidades, farmácias conveniadas com SUS ou outros meios (PANIZ et al., 2010).

No estudo EpiFloripa, realizado com adultos na capital catarinense, foi identificado que as pessoas com maior idade gastavam cerca de três vezes mais com medicamentos quando comparadas aos mais jovens. O comprometimento da renda na compra de medicamentos foi quase três vezes superior entre os mais pobres (que destinavam, em média, 7,3% dos rendimentos para esse fim) quando comparado aos mais ricos (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011).

O impacto dos gastos com medicamentos no aumento da despesa mensal da família é um fator que pode implicar na interrupção do tratamento, como pode ser exemplificado na fala abaixo:

*E o outro remédio também que eu passava na perna? Porque deu um negócio assim como uma coceira nas pernas, um negócio. Aí o médico passou um vidrinho assim desse tamanho pequeno... R\$100,00! Fora outro pouquinho que tinha assim desse jeito pra misturar. (...) deixei passar mais um tempo... porque era caro. E agora talvez esteja **mais** caro! (MRM28)*

Segundo Luz et al. (2009), as dificuldades de ordem financeira estão entre os principais motivos para a subutilização dos produtos prescritos, sendo essa uma situação mais frequente em pessoas com

rendas mais baixas. Diante disso, faz-se necessário que, ao prescreverem, os profissionais de saúde levem em consideração a capacidade do usuário de custear seu tratamento, tendo em vista os riscos à saúde envolvidos na subutilização de medicamentos.

Quando a não adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada às questões financeiras, pelo menos três tipos de atitudes costumam ser assumidas: não cumprir a prescrição por completo, pular doses ou tomar doses menores do que o prescrito para fazer o medicamento durar mais tempo (SAFRAN et al., 2005).

Além do gasto com medicamentos, existe a preocupação com o gasto na aquisição de alimentos, mencionada por um dos idosos ao explicar que a dieta de uma pessoa que tem diabetes custa caro. No seu caso, ele e a esposa precisavam restringir a ingestão de alimentos com açúcar e, segundo o mesmo, são produtos de custo mais alto se comparados aos demais da cesta básica, o que eleva as despesas da casa, por isso, não podiam ser consumidos diariamente por eles.

Agora o gasto é grande! Porque tudo, todo remédio, todo negócio de comer, é caro. A mulher faz uma feira que... Ave Maria! Os negócios da comida, tudo é diferente! É caro que só a molesta! Não é pra comer todo dia. (JRB26)

Peres et al. (2006) identificaram que os aspectos financeiros dificultavam o seguimento da dieta entre mulheres com diabetes tipo 2, logo, o fato de ter uma boa condição financeira foi visto como um estímulo positivo para seguir a dieta recomendada e, assim, controlar a doença.

Assim, diante das despesas com alimentação e tratamentos, um dos idosos deste estudo mostrou que a alternativa encontrada para reduzir gastos nesse sentido foi a de utilizar medicamentos oriundos de farmácias de manipulação.

Esse remédio, tem um primo meu que toma também e me falou que ele pagava 35 [reais] na farmácia, pra fazer [manipulação], e na farmácia ele comprava de 140 [reais]. Era 140! Na farmácia tem dele também. (MFC20)

No caso apresentado, a busca por esse serviço parece ter sido uma escolha autônoma do idoso e não uma recomendação do profissional de

saúde. Para Rumel et al. (2006), a troca do medicamento industrializado pelo manipulado envolve a procura do medicamento mais barato pelo consumidor. Esses autores explicam que o preço dos medicamentos industrializados são mais elevados devido ao alto custo de matérias-primas de qualidade utilizadas, pelos custos do controle de qualidade exigido às indústrias, devido às diferenças no recolhimento de impostos e, ainda, aos maiores gastos com publicidade. Assim, no tocante aos medicamentos, a lógica do valor de comercialização é inversa, tendo em vista que, quando se fala em outros tipos de mercadorias, os produtos confeccionados individualmente costumam ser mais caros do que aqueles produzidos em larga escala.

Com base no exposto, percebe-se que, para o idoso que vive no contexto estudado, cumprir sua terapia medicamentosa é algo que, além de envolver uma ampla gama de subjetividades impressas no cuidado de si, traz também uma preocupação mais objetiva: as despesas envolvidas no tratamento da saúde. Nessa população, com exceção de um participante, todos apresentavam pelo menos uma doença crônica, ou seja, uma condição que representa a necessidade contínua de tratamentos específicos, implicando em um gasto permanente em sua vida.

Esse quadro torna-se relevante se for levado em consideração que os gastos, proporcionalmente excessivos para essas famílias, podem levar os idosos a contrair dívidas em farmácias locais, por exemplo, ou ainda a adquirir empréstimos para cobrir as demais despesas. Cabe ressaltar ainda que é alta a proporção de idosos como pessoas de referência no domicílio ou na família, revelando não só a importância do seu papel na sociedade, mas também a sua responsabilidade com o provimento financeiro da família. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2009, 23,3% das pessoas figuradas como chefes da família tinham entre 60 e 65 anos, e 16,2% tinham mais de 65 anos (IBGE, 2009b).

As possibilidades elencadas tornam-se preocupantes na medida em que colocam em risco a continuidade do cuidado do idoso, visto que não é raro encontrar situações em que as dificuldades financeiras podem levar à interrupção de doses e ao abandono do tratamento (SAFRAN et al., 2005).

Cumprindo as exigências para receber o medicamento

Independente da forma de aquisição do fármaco, gratuita ou não, os idosos relataram a existência de alguns passos que precisavam

ser cumpridos para terem acesso ao tratamento medicamentoso, o que, em grande parte, envolvia a exigência da prescrição medicamentosa datada e assinada pelo profissional. Esse entendimento, extraído diretamente dos dados, revela que a presente subcategoria está associada às outras duas já apresentadas, tendo em vista que a necessidade de cumprir normas e requisitos de dispensação aparece tanto na aquisição de medicamentos custeados pelos próprios usuários como para os distribuídos gratuitamente, especialmente para aqueles de dispensação controlada, como os psicofármacos.

No caso das farmácias que atuam em parceria com o Programa Farmácia Popular, a prescrição é condição obrigatória para que haja a devida dispensação, mesmo para aqueles medicamentos cujos receituários não são exigidos nas farmácias comerciais. Os medicamentos devem ser sempre dispensados em quantidades coerentes com o tempo de duração do tratamento prescrito no receituário, devendo considerar as especificidades das pessoas em tratamento de doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Essa receita aqui eu vou e bato três xerox. Aí, quando passam os três meses, eu vou... se houver necessidade, aí eu faço uma consulta com ele [o médico] e, se não houver, eu deixo lá [a prescrição] e vou pegar. (MFSS11)

Às vezes eu passo 6 dias ou 8 sem tomar porque não tem a receita pra comprar. Porque [a prescrição] só é de 30 comprimidos, é um mês, um mês. (IISA15)

Porque de três em três meses a gente pega o medicamento na farmácia do povo, não paga. Na Farmácia Popular (...) Pronto! Aí eu sou cadastrada na farmácia, pego lá e até agora está dando certo. Toda vez que eu vou lá, nunca falta, sempre tem. E aí no posto, às vezes pode ocorrer que falte. (MMFL23)

Todo mês tem que fazer uma bichinha dessa, num voga mais pra dois e três meses. Mas ainda bem que ele [o médico] não se aborrece não, ele faz [a prescrição]. (JPS30)

A última fala retrata uma situação comum e preocupante: o usuário tem receio de que a busca constante pelo serviço de saúde para renovação do receituário médico seja um incômodo para o profissional. No entanto, realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade nos programas estabelecidos ou na demanda espontânea, seja por meio de consultas clínicas, atendimento no domicílio ou atividades em grupo na UBS e/ou nos demais espaços comunitários, não se configura como um favor prestado pelo profissional à população, apenas faz parte das atribuições do médico atuante no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

As situações apresentadas mostram que, mediante o cumprimento de determinados passos que incluem a apresentação de receituário e o acompanhamento médico com frequência de consultas a cada três meses, é possível adquirir o medicamento através do Sistema Único de Saúde.

O fato de estar cadastrado em programas da Estratégia Saúde da Família pode ser um facilitador no acesso aos medicamentos de uso contínuo, no entanto, isso nem sempre garante que todos os idosos receberão todos os seus medicamentos de forma gratuita pelo SUS (PANIZ et al., 2010).

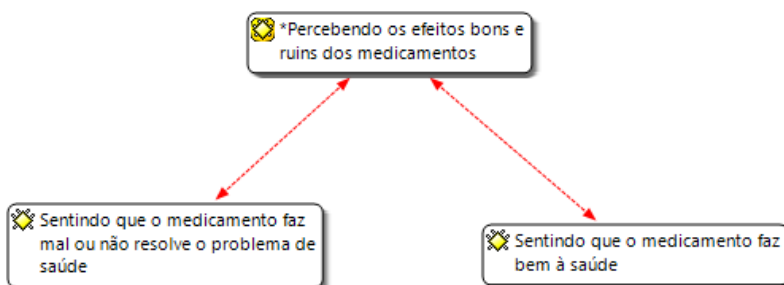
A dispensação dos medicamentos de forma gratuita aparece como algo importante para o idoso, na medida em que o maior acesso a esses está associado a uma maior adesão ao regime terapêutico (TAVARES et al., 2013; PANIZ et al., 2010), permitindo que essas pessoas tenham maiores chances de controlar sua situação de saúde/doença.

PERCEBENDO OS EFEITOS BONS E RUINS DOS MEDICAMENTOS

Considerando que, com o processo de envelhecimento, o metabolismo e a excreção de alguns medicamentos podem estar alterados, os idosos tornam-se mais vulneráveis à ocorrência de efeitos colaterais ou complicações do seu estado de saúde, quando comparados aos mais jovens. Seguindo esse raciocínio, é importante que os profissionais de saúde, atuando em conjunto com os usuários e seus familiares, monitorem o surgimento de alterações relacionadas à terapia medicamentosa para que estas não sejam confundidas como simples manifestações do envelhecimento (SHRANK; POLINSKI; AVORN, 2007).

Ao mesmo tempo, considera-se importante que o próprio idoso esteja atento a qualquer alteração do seu estado de saúde e que conheça os medicamentos em uso, tendo em vista que essas informações podem ser bastante úteis no seu seguimento terapêutico. Neste estudo, entendemos que a percepção quanto aos efeitos bons e ruins dos medicamentos comporta-se como uma condição interventora por ser capaz de influenciar, de forma positiva ou negativa, no controle das condições de saúde dos idosos que utilizam os medicamentos como importante elemento do seu cuidado diário.

Figura 2 – Diagrama da categoria (condição interventora): Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Sentindo que o medicamento faz mal ou não resolve o problema de saúde

Dos 30 idosos entrevistados, 16 referiram alguma queixa que acreditavam ser decorrente dos medicamentos usados diariamente. A queixa mais comum foi a de dor gástrica, mencionada por nove pessoas, a qual pode ser exemplificada pela fala a seguir:

Esse negócio de tomar remédio demais, a gente fica é com o estômago ruim. Fica assim com o estômago cheio de... remédio. (...) O cardiologista passou também o Enalapril, mas também não me dei [bem] com o enalapril, não sei por que, parece que me dava dor no estômago, e eu tomei. O médico do posto passou esse [atenolol 50 mg]. (MGS16)

Para analisar se a queixa da Sra. MGS16 corresponderia a algum dos efeitos colaterais previstos na bula do fármaco, procedeu-se a consulta rápida ao bulário eletrônico do Ministério da Saúde (ANVISA, 2013), no qual consta que dor abdominal, dispepsia, vômitos e constipação estão entre as reações que podem surgir no trato gastrointestinal em decorrência do uso do enalapril. No caso apresentado, a idosa buscou atendimento médico e sua prescrição foi modificada.

Outras idosas apresentaram outras formas para resolver o incômodo causado pelo uso do medicamento:

Agora, sempre eu engulo assim com um pedacinho de mamão, um pedacinho de banana, porque remédio, quando eu engulo puro, ele me dá dor no estômago, aí engulo com um pedacinho de fruta. (MSSC14)

Porque eu tomava muito desses [outros] comprimidos, e só vivia com dor no estômago, aí tomo esse remédio antes de tomar os [outros] remédios, tomo ele [omeprazol]. É um só por dia. (IISA15)

Segundo informações contidas na bula do Maleato de Enalapril, a absorção dessa droga não é afetada pela ingestão de alimentos, portanto, esses comprimidos podem ser administrados antes, durante ou após as refeições (ANVISA, 2013), como vinha sendo feito pela Sra. MSSC14.

Já a outra idosa, a Sra. IISA15, teve seu incômodo solucionado com o acréscimo de mais um medicamento, o omeprazol. Nesse caso, percebe-se que uma possível reação adversa foi interpretada como uma nova entidade clínica, sendo tratada com um novo agente farmacológico, o que contribui para a utilização de múltiplos medicamentos (CARVALHO et al., 2012). Das seis drogas que a idosa já utilizava, cinco apresentam em suas bulas o desconforto gástrico como possível reação adversa – Alendronato de Sódio, Losartana, Glibenclamida, Metformina e Sinvastatina. Na situação apresentada, ao ter recebido mais uma prescrição para tratar a dor gástrica, obteve-se o total de sete drogas diferentes, o que se configura como um quadro de polifarmácia.

A polifarmácia – também conhecida como polimedicação ou polifarmacoterapia – tem sido definida tanto de forma quantitativa como qualitativa, sendo neste último caso entendida como uma situação em que são prescritos e/ou utilizados mais medicamentos do que o

necessário (CARVALHO, 2007) ou casos de uso simultâneo de vários fármacos (GOMES; CALDAS, 2008). Já as definições quantitativas consideram os seguintes números de medicamentos: dois ou mais (GORZONI; PASSARELLI, 2006; SILVA et al., 2012); três ou mais (ANTHIERENS et al., 2010); e cinco ou mais medicamentos (SECOLI, 2010).

Há de se considerar que a polifarmácia pode surgir como resultado de uma assistência desarticulada de diferentes profissionais de saúde, ao desconsiderarem em sua avaliação quais medicamentos o idoso já utiliza (CARVALHO et al., 2012). Assim, a polifarmácia torna-se uma importante preocupação, pois esteve associada à autoavaliação ruim do estado de saúde em idosos e pode ser capaz de aumentar as chances de reações adversas (PAGOTTO et al., 2011; LUCCHETTI et al., 2010).

A despeito das queixas apresentadas, cabe a discussão se elas se configuram como efeitos colaterais ou reações adversas e, para tanto, serão adotadas as definições da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2004, p. 6):

Reação adversa a medicamento (RAM) é uma resposta a um medicamento que é nociva e não-intencional e que ocorre nas doses normalmente usadas em seres humanos. (...) se refere à resposta de cada paciente, cujos fatores individuais podem ter papel importante.

Efeito colateral é qualquer efeito não-intencional de um produto farmacêutico, que ocorre em doses normalmente utilizadas por um paciente, relacionadas às propriedades farmacológicas do medicamento. Os elementos essenciais nessa definição são a natureza farmacológica do efeito, que é um fenômeno não-intencional, e a não-intencionalidade da superdosagem.

Assim, vê-se que essas definições, muitas vezes usadas na prática como sinônimas, têm como principal diferencial a questão de que as RAMs são manifestações que variam de acordo com fatores individuais de cada pessoa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera importante que a identificação, o gerenciamento e a prevenção das RAMs sejam questões abordadas na formação e nas capacitações para que os

profissionais possam monitorar com mais segurança o uso de medicamentos pelos seus pacientes (OMS, 2005).

No Estado do Ceará, uma pesquisa mostrou que a maioria dos profissionais (82,1%) costumava informar aos pacientes sobre RAM durante o atendimento como forma de ajudar na adesão ao tratamento e por considerar que o usuário tem o direito de conhecer os efeitos adversos decorrentes do uso dos medicamentos. O mesmo estudo mostrou que os médicos são os profissionais que mais perguntam aos pacientes sobre o surgimento de RAM, entretanto os que mais recebiam relatos espontâneos da população eram os enfermeiros (SALVIANO et al., 2011).

Além do desconforto gástrico mencionado por alguns participantes e já discutido acima, apareceram também as queixas de aumento da frequência da diurese, como mostra a fala adiante:

Eu não tomava direito os comprimidos de pressão porque eu ia pra rua, e tem uns que dá pra... dá vontade de urinar. Aí estava lá, quando dei fé, era obrigada a deixar a banca pra urinar. Mas agora já controlou que não dá vontade não. Não, não dá vontade não. Eu urino de manhã antes de ir, urino umas duas vezes, eu digo “vou esvaziar a bexiga bem”, num sabe? E vou e pronto. Só [urina novamente] quando eu chego! (GAO02)

Essa idosa utilizava três medicamentos no tratamento da hipertensão arterial: Losartana potássica 50 mg, Atenolol 25 mg e Hidroclorotiazida 25 mg. Com base na ação desses medicamentos, seria esperado que a combinação de tais drogas provocasse o aumento da diurese mencionado pela participante, situação que levou a mesma a descontinuar o tratamento em determinado momento de sua vida, pois implicava em suas atividades laborais.

Outras queixas apresentadas que os participantes associaram ao uso de medicamentos foram tontura, dor torácica, tosse, e, ainda, existem aqueles que têm medo de que o medicamento acarrete complicações para os rins, ossos, ou cause perda muscular.

Diante dos incômodos que podem surgir ao utilizar determinados medicamentos e, ainda, do fato de que as doenças crônicas possuem controle e não cura, alguns idosos mostraram desesperança quanto ao tratamento realizado. Sobre isso, três falas foram agrupadas no código “o que não tem remédio”, conforme apresentado a seguir:

Não tem um que me sirva... O [efeito do] remédio, só se Deus quiser! Mas, remédio nenhum, não tem um pra me servir. Porque eu já fui internado, tomava toda qualidade de remédio lá, passado pelo doutor, e não tinha jeito. (...) Não tinha doutor no mundo pra me dar remédio pra eu ficar bom! (GRS05)

Doutor D. disse: “Olhe, essas dores são da sua coluna, porque hérnia de disco dói 24 horas, então é difícil ter um remédio pra se fazer, pra dar e passar.”. E justamente, dessa última vez, com essa morfina, eu passei... 24 horas assim... longe de mim. Os braços moles, dormindo sem querer, aí me dá um sono muito forte, eu não aguento assistir mais nada! (MSSC14)

Eu tomo esses remédios. Mas eu ainda sinto tanta coisa! Porque eu sinto, eu sinto dormência... mas pra dormência eu já tô tomando remédio. (IVN17)

Em uma pesquisa que visou identificar os diagnósticos de enfermagem (DEs) entre idosos em uso de múltiplos medicamentos, a tristeza crônica esteve presente em 35,8% dos entrevistados e revelou-se como algo preocupante por levar à perda da autoestima, desesperança e ao desinteresse pelo autocuidado, dificultando o adequado cumprimento ao regime terapêutico (MARIN et al., 2010).

A percepção quanto aos efeitos ruins dos medicamentos foi explicada por alguns participantes como consequência da administração de doses inadequadas, maiores ou menores que as necessidades, segundo a concepção desses idosos.

Eu tava tomando um medicamento da tireoide que a dose estava alta. Estava acelerando meu coração. Acelerando, e eu não sabia o que era. Também eu fui ao médico aqui do posto, e o que ele fez? Ele aumentou mais as doses do remédio de pressão, aí não deu certo, sabe? E o que tava me prejudicando eram os comprimidos que eu tomo pra tireoide, que a dose tava alta. (...) Ele diminuiu a unidade dos comprimidos. Graças a Deus, aquele aceleração que eu tava sentindo, aquela dor... eu tava doente mesmo! Aí, graças a Deus, eu melhorei. (GAO02)

Eu fui ao cardiologista semana passada e ele disse: “Qual o remédio que você está tomando?”. Eu disse: Eu tomo enalapril de 20 mg. Ele disse: “Tá errado. Você tem que tomar losartana de 50 mg.”, aí passou. Comecei a tomar da semana passada pra cá. Aí, pronto! Essa semana eu já fiz fisioterapia duas vezes e ela tira [verifica a Pressão Arterial] no começo e no fim. 12 por 8. Normalizou. Pronto! Aí eu tô normal. Não tava servindo o medicamento que eu tava tomando. O enalapril não tava servindo. Aí ele passou a losartana de 50 mg. O outro era de 20. Tava pouco, né? A de 50 tá controlando, controlou a pressão. (JOP03)

Disse que não tava servindo, que tava fraco pra mim e passou Atenolol. Eu tomava ele de 25 [mg], agora tô tomando 50 [mg]. (MGS16)

Essas situações reforçam a importância de um acompanhamento contínuo junto à equipe da ESF, através de consultas e/ou visitas, de modo que o idoso seja sempre avaliado e, quando necessário, sejam feitos ajustes na terapia utilizada, considerando também o uso de outros recursos terapêuticos alternativos aos medicamentos, especialmente nos casos em que já existe um excesso de drogas ou doses diárias com risco potencial de gerar reações adversas.

Tendo em vista as inúmeras queixas apresentadas, torna-se relevante questionar se os medicamentos utilizados por esses idosos são realmente seguros para essa população. Nesse sentido, já foram desenvolvidos vários estudos no Brasil e em outros países acerca dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (ou PIM, do inglês *Potentially Inappropriate Medication*), aqueles cujos danos reais ou potenciais da prescrição são maiores que os benefícios (ANDERSON et al., 2014).

Para avaliar o uso de PIMs, uma das estratégias é a de analisar as prescrições dos idosos correlacionando-as com consensos já estabelecidos. Os consensos mais utilizados nessa área são os Critérios Canadenses e os Critérios de Beers, e visam avaliar e reduzir os problemas relacionados ao uso de medicamentos em idosos (FICK et al., 2003).

Assim, comparando os PIMs, segundo o *Critério de Beers 2003*, com os medicamentos citados pelos participantes do presente estudo,

foram encontrados alguns casos preocupantes, sintetizados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Medicamentos Potencialmente Inapropriados (PIM) utilizados por idosos da cidade de Santa Cruz/RN, 2015.

Participante	PIM	Risco	Justificativa
JOP03	Bisacodil	Elevado	Pode exacerbar uma disfunção intestinal
	Óleo Mineral	Elevado	Risco potencial de aspiração e efeitos adversos. Existem alternativas mais seguras disponíveis.
	Piroxicam	Elevado	Risco potencial de causar hemorragia gastrointestinal, insuficiência renal, aumento da Pressão Arterial e insuficiência cardíaca.
ERS04	Lorazepam	Elevado	Os idosos são sensíveis aos efeitos dos benzodiazepínicos, por isso devem ser usadas doses menores que 3 mg por dia.
IISA15	Amitriptilina	Elevado	Possui propriedades anticolinérgicas e sedativas, devendo ser evitada em idosos.
MSA25	Ciclobenzaprina	Elevado	A maioria dos relaxantes musculares e antiespasmódicos são mal tolerados pelos idosos, pois causam efeitos adversos anticolinérgicos, sedação e fraqueza.
MRM28	Hiosciamina	Elevado	Medicamentos de ação antiespasmódica no trato

			gastrointestinal são altamente anticolinérgicas e de eficácia incerta. Deve ser evitado o uso prolongado em idosos.
--	--	--	---

Fonte: Adaptado de FICK et al., 2003.

Para Oliveira et al. (2011), na rede de atenção primária, no Brasil, as prescrições são influenciadas pela relação de medicamentos disponíveis no setor público. Esse quadro torna-se preocupante na medida em que os autores identificaram 31 medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na Renome do ano de 2010, o que corresponde a 9% dessa lista oficial, destacando-se analgésicos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos e benzodiazepínicos, alguns já mencionados no quadro acima.

Apesar dos casos em que os idosos se encontram expostos aos riscos gerados por alguns medicamentos, outros idosos se mostram satisfeitos com a terapia empregada e acreditam que os medicamentos lhes fazem bem.

Sentindo que o medicamento faz bem à saúde

Embora tenha sido grande o número de queixas apresentadas pelos participantes, a percepção de que os medicamentos utilizados fazem bem à saúde foi expressa de diferentes maneiras, como pode ser visto a seguir:

Já faz três meses que eu tomo remédio pra pressão. [pausa] E me sinto bem, graças a Deus! Nunca mais senti mais nada! Quando eu não tomava, de vez em quando me dava um negócio e eu dizia: Agora eu morro! Agora eu vou tomar os comprimidos! Aí peguei a tomar os comprimidos e, graças a Deus, me sinto uma menina! Me sinto uma menina! Graças a Deus! Não sinto nada não. (MFJ12)

No caso apresentado, a idosa exalta o benefício do anti-hipertensivo comparando o seu estado de saúde antes e depois de iniciar o uso do medicamento, ficando evidente que a mesma avaliou que

houve uma melhora expressiva. O medicamento mencionado é a Losartana Potássica 50 mg, de que a idosa fazia uso de dose única diária. Foi consultado o bulário eletrônico do Ministério da Saúde, sendo encontrado em sua bula que esse medicamento possui efeito anti-hipertensivo superior ao do captopril, por exemplo, e ainda que é igualmente eficaz em homens e mulheres, sejam eles jovens ou idosos (ANVISA, 2013).

Outra participante retratou que, apesar do excesso de medicamentos em uso, se sentia bem com o tratamento. A mesma relatou fazer uso de quatro medicamentos, a saber: Ginko biloba 80 mg, Carbonato de cálcio 1250 mg + Vitamina D3 200 UI, Ciclobenzaprina 10 mg e Sinvastatina 20 mg.

Tem horas que eu penso que parece que tô ficando besta, tomando esse monte de remédio. Mas... e eu não me sinto bem quando tomo? Aí pra mim tá bom, tô tomando eles, me sentindo bem, não sinto dor. Só quando eu vou ali no quintal, que é grande e nasce muito capim, e às vezes eu vou limpar com enxada (...) Aí, quando eu limpo fico com esses dedos... a coluna doendo, os rins doendo, aí pronto!... é por isso que... quando eu tomo [remédio] fico boa! (MSA25)

É importante ressaltar que o uso frequente de medicamentos entre idosos pode ser visto não somente como uma tentativa de tratar comorbidades, mas sobretudo como uma forma de amenizar situações comuns do envelhecimento (FARIAS; SANTOS, 2012).

Assim, mesmo quando o número de medicamentos utilizados é elevado, os idosos podem expressar satisfação e bem-estar e, ainda, apresentar uma noção de que o que entendemos como polifarmácia, nem sempre é algo danoso, pois para o idoso isso pode representar apenas a sua preocupação em cuidar da própria saúde com os recursos disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depender da forma como o idoso adquire os medicamentos – gratuita ou não – maiores são as chances de que ele consiga cumprir a terapia prescrita e controlar seu estado de saúde. O fato de todos os entrevistados residirem em áreas cobertas pela ESF favorece a aquisição

dos medicamentos na própria UBS. Ao mesmo tempo, alguns o fazem em outros lugares disponíveis, como a aquisição diretamente na Secretária de Saúde da cidade ou em estabelecimentos vinculados ao programa Farmácia Popular. Este último foi frequentemente mencionado pelos idosos como um serviço que funcionava de maneira satisfatória no local onde viviam.

O acesso gratuito aos medicamentos parece ser um fator que colabora para maior adesão ao tratamento, embora a nossa escolha metodológica não permita realizar esse tipo de inferência. Outro aspecto tido como favorável à adesão ao tratamento foi a percepção de que os medicamentos geram bem-estar e controle dos problemas de saúde, assim, acredita-se que esses aspectos resultam em uma consequência positiva, que é o seguimento do tratamento medicamentoso. Vale ressaltar que a discussão da subcategoria que tratou da percepção dos efeitos bons foi limitada pela pouca literatura identificada, já que, ao se buscar estudos sobre os efeitos dos medicamentos em idosos, são muito mais exaltados aqueles que relatam as reações adversas e complicações do seu uso.

A literatura consultada apontou que o menor acesso aos medicamentos está associado à menor adesão, o que, no presente estudo, é manifestado pelos idosos que necessitavam custear parte do tratamento e que se queixavam da sobrecarga gerada no orçamento familiar. Além disso, a percepção de que os medicamentos utilizados não solucionam o problema de saúde ou ainda, que provocam efeitos desagradáveis são fatores que podem acarretar consequências negativas, pois podem levar o idoso a abandonar o tratamento.

Por fim, recomendamos que profissionais, idosos, familiares e cuidadores busquem sempre informações a respeito da terapia medicamentosa utilizada, estejam atentos ao surgimento de qualquer modificação e mantenham um diálogo aberto que favoreça o relacionamento usuário-equipe. Assim, com a cooperação de todos os envolvidos será possível desenvolver planos de cuidado de acordo com as necessidades individuais de cada idoso. Além disso, todo idoso precisa ser constantemente acompanhado e ter seu projeto terapêutico avaliado, observando-se as necessidades de manutenção ou de mudança no tratamento medicamentoso, visando ao cuidado integral e ao envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Patricia Melo; BALISA-ROCHA, Blicie Jennifer; LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 34, n. 3, p. 401-410, 2013. ISSN 1808-4532.

ALTNETTER, V. C.; GALLINA, S. M.; HEINECK, I. Avaliação da satisfação do usuário com o serviço prestado pela Farmácia Popular do Brasil – UFRGS. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 2, p. 136-141, 2013.

ANDERSON, K. et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. **BMJ Open**, Londres, v. 4, n. 12, p. e006544, 2014

ANTHIERENS, S. et al. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 11, p. 65, 2010. ISSN 1471-2296.

ANVISA. **Losartana potássica**. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10547182014&pIdAnexo=2325106>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da Pressão Arterial em idosos com hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria_federal_3916_GM_98.pdf> Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004**: Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o

programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: caderno de atenção básica nº. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. **Portaria nº 491/GM de 9 de Março de 2006**: dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>> Acesso em 21 mar. 2015.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: Rename. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Portaria nº 971, de 15 de Maio de 2012**: dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html>. Acesso em: 21 mar. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 533, de 28 de março de 2012**: estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html> Acesso em: 1 abr. 2015

_____. _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. _____. **Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/manual-basico-fp1170511.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE: Saúde, Bem estar e Envelhecimento.** 2007. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

FICK, D. M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Arch Intern Med.**, São Francisco, v. 163, p. 2716-2724, 2003. Disponível em: <http://www.drtdedwilliams.net/cop/766/00_BeersUpdate.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2015.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 88-99, jan./jun. 2008.

GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 942-949.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**: informação demográfica e socioeconômica n. 25. Brasília: IBGE, 2009b.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1578-1586, jul. 2009.

MARIN, M. J. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

OLIVEIRA, M. G. et al. Acesso a medicamentos potencialmente inapropriados em idosos no Brasil. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 258-265, 2011.

OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005a.

_____. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da farmacovigilância**. Brasília: Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Segurança dos medicamentos**: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos: por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1163-1174, 2010.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>>. Acesso: 10 abr. 2015.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, ago. 2011.

RUMEL, D.; NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 921-927, 2006.

SAFRAN, D. G. et al. Prescription drug coverage and seniors: findings from a 2003 national survey. **Health Aff.**, Bethesda, v. 24, n. 1, p. 152-167, 2005.

SALVIANO, L. H. M. S.; LUIZA, V. L.; PONCIANO, A. M. S. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 47-56, jan./mar. 2011.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 138-144, 2011.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010.

SHRANK, W. H.; POLINSKI, J. M.; AVORN, J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. **JAGS**, Malden, v. 55, n. 2, 2007.

SILVA, G. O. B. et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-395, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

6.5 Categorias referentes às consequências do fenômeno

As consequências apresentadas no modelo paradigmático delineado surgem como resultado das ações/interações ou da falha de pessoas ou grupos em responder ou administrar determinadas situações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No presente estudo, os idosos buscavam estratégias para lidar com o uso de medicamentos na vida diária, o que corresponde às ações e interações realizadas por estes visando moldar o fenômeno dentro de um contexto. O fenômeno ora referido trata da condição causal denominada de *Controlando uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos*, e sofre influência das condições interventoras e contextuais já apresentadas em capítulos anteriores.

Segundo Strauss e Corbin (2008, p. 133), “delinear as consequências e explicar como elas alteram a situação e afetam o fenômeno em questão, garante explicações mais completas” sobre o modelo. Assim, para fornecer explicações acerca das consequências presentes no modelo serão apresentadas as categorias: *Deixando de usar os remédios*, *Necessitando de mudança no tratamento medicamentoso* e *Seguindo o tratamento medicamentoso*. Tais categorias serão apresentadas e discutidas com a literatura logo a seguir.

Ao destacarmos os aspectos relacionados a **deixando de usar os remédios**, nos referimos à suspensão do tratamento. Essa aparece como uma consequência negativa e que, na realidade estudada, surgiu em decorrência da percepção de que o medicamento causava efeitos ruins ou que não resolvia o problema de saúde. Assim, essa categoria emergiu como consequência da influência das condições interventoras – Lidando com as formas de aquisição dos medicamentos e Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicamentos – sobre a condição causal. A emissão abaixo retrata um pouco do que foi o dito pelos informantes deste estudo:

Eu não me esqueci, eu passei uns 3... 4 ou 5 dias sem tomar. Me “amoei”, me danei e disse: Não tomo mais! Mas não deu pra fazer isso não. Foi, mas não deu não, senão eu endoidecia! (...) Porque eu fiquei com raiva e não queria mais tomar ele. Porque ele [o remédio] é mesmo que nem aqueles negócios que os caras tomam pra fazer bagunça. O cara fica drogado com esse “danado” [o medicamento]. (GRS05)

Nesse caso, o idoso relata como efeito ruim o uso do Bromazepam 3 mg, o fato de se sentir drogado, no sentido pejorativo da palavra e, por isso, tentou suspender o medicamento. No entanto, sua tentativa foi frustrada, pois percebeu que não conseguiria ficar sem ele, já que utilizava o medicamento havia três anos por sofrer de insônia.

Cintra, Guariento e Miyasaki (2010) encontraram que a presença de efeitos colaterais e o fato de viver sozinho foram fatores que contribuíram para uma menor adesão ao tratamento medicamentoso. Os autores consideraram como não adesão as seguintes situações: quando o idoso só usa o medicamento ao surgirem sintomas; quando o idoso apresenta dificuldade em usar o medicamento devido aos efeitos colaterais; e, ainda, os casos em que a pessoa simplesmente não toma o medicamento.

Outro motivo para o abandono do tratamento foram as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente nos casos em que se fazia necessário buscar serviços privados e isso envolvia gastos para o idoso. Também, quando se fazia necessário algum encaminhamento e articulação entre os diferentes níveis de atenção do SUS. A fala a seguir é de uma idosa de 64 anos que, após o divórcio, passou a enfrentar dificuldades financeiras e isso tinha sido percebido por ela como um fator limitante na realização do cuidado à saúde.

Passsei 40 dias com um colar cervical. Foi um tratamento muito sério, mas, mesmo assim, continua. Eu passei uns três anos melhor, e depois começou de novo os sintomas. Agora tá cada vez pior, porque é dor! Aí eu não tenho nem condições de voltar ao médico que me operou, porque eu fiz pela G. [plano de saúde suplementar]. Pra eu voltar pelo SUS é complicado, porque eu não moro lá. (...) Bem, eu não pude ficar me tratando, porque, quando eu

vim morar aqui, eles passavam sempre remédio, remédio, remédio, mas depois não deu mais certo, e eu fiquei por aqui mesmo. Tem essa história de encaminhamento... tem tomografia, raio x, tem pra dermatologia, tem pra o médico... um médico aí no hospital. Aí a gente chega lá [na Secretaria de Saúde] pra marcar, e não tem! Só pra o dia “não sei quando”. Chega lá, tem umas 300 pessoas! Eles deveriam dar prioridade às pessoas de idade e botar, mas, quando eu vou, dizem: “Não tem mais não!”. Eu não sei. Só sei que eu junto aí [os papéis dos encaminhamentos], e não fiz, não fiz mais. (MSSC14)

O SUS envolve um conjunto de ações e serviços que visam garantir a atenção integral à saúde. Nesse sentido, entende-se como primordial a oferta de uma assistência que integre a atenção básica com a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, considerando os vários níveis de complexidade. Todavia, ainda que exista um grande número de serviços ofertados à população, persiste a dificuldade de integração entre eles, bem como a fragilidade na qualidade da atenção prestada em muitas unidades. Esse panorama prejudica a integralidade do cuidado e alimenta uma imagem negativa sobre a legitimidade do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nos últimos anos, algumas propostas têm sido apresentadas visando reduzir a fragmentação da atenção ao sugerir arranjos mais democráticos, tanto no âmbito gerencial como assistencial. Na realidade, observa-se no SUS pouca permeabilidade entre serviços especializados e profissionais da atenção básica, assim como o pouco diálogo interdisciplinar dentro das próprias equipes. Na tentativa de resolver tais impasses e, conseqüentemente, situações como a da idosa citada anteriormente, é que surge no Brasil a proposta das equipes de referência e Apoio Matricial, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses novos arranjos visam ampliar as possibilidades de se realizar, de fato, a clínica ampliada e de integrar as diferentes especialidades e profissões (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Ao analisar a descontinuidade de um tratamento, cabe também considerar o contexto onde a ação se desenvolve. A fala a seguir ilustra bem a influência de uma das condições contextuais – Interagindo com a rede de apoio –, uma vez que a idosa explica que deixou de fazer a terapia de reposição hormonal porque pessoas de seu círculo de

convivência passaram a comentar que esse tratamento prejudicava outros órgãos.

Eu deixei [de fazer reposição hormonal], mas eu fazia. O povo começou a dizer que podia dar um problema também... aí eu já tenho também problema de displasia mamária! (...) Aí eu tenho medo de tomar essas coisas e dar um problema no seio da pessoa. Porque dizem que ele mexe com todos os órgãos da pessoa, o hormônio. Aí eu não tomo não. (MLSF08)

Na situação apresentada, a recomendação de interrupção de tratamento veio de pessoas leigas, o que significa que este pode não ser o cuidado mais adequado tecnicamente, entretanto, é preciso compreender sua forte expressão simbólica por tratar-se de orientações oriundas de pessoas que têm significativo vínculo afetivo com a idosa (SANTOS, 2010).

Segundo Andrade e Vaitsman (2002), nos países em desenvolvimento, as redes de apoio são, com frequência, a única ajuda com que as famílias carentes podem contar, configurando-se como meio para aliviar as cargas da vida cotidiana.

Entendemos que o ser humano se encontra “integrado numa rede de relações, sem as quais, sozinho como indivíduo, não viveria nem sobreviveria (...). Assim, todos os seres são interconectados e vivem uns pelos outros, com os outros e para os outros” (BOFF, 2012, p. 161).

Ainda sobre a influência da rede de apoio, que neste estudo é composta por profissionais, amigos, familiares e rezadeiras, a falta de informações sobre a duração e justificativa do tratamento, orientações que deveriam ser fornecidas pela equipe de saúde, fez com que outra idosa deixasse de usar o medicamento Alendronato sódico.

Eu tomo até remédio pra osteoporose “nos quartos” [quadril], que eu tinha. O médico dizia que eu tinha osteoporose mesmo. Eu tomei muito mais de seis meses, quase um ano e deixei, porque eu não sabia se podia continuar [usando] sem estar doendo. (IVN17)

Tal desfecho reforça a necessidade da boa comunicação entre usuário e equipe através de um diálogo aberto que proporcione o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de orientações, a fim de

evitar interpretações equivocadas e erros no uso de medicamentos. Para sanar tais problemas, alguns estudos mostraram que o ideal seria o fornecimento de orientações tanto de forma verbal como escrita e, ainda, que os profissionais avaliassem cada caso individualmente considerando as diferentes necessidades de cada pessoa (KNIGHT et al., 2013; BORGSTEEDE et al., 2011a).

Por outro lado, quando abordamos a categoria **necessitando de mudança no tratamento medicamentoso**, nos reportamos ao fato de que, durante a codificação aberta, foram criados 18 códigos *in vivo* que tratavam da necessidade de mudança no tratamento. À medida que o processo de análise avançava na codificação axial, foi criado um código livre para agrupar os referidos códigos e suas respectivas falas dando origem à presente categoria. A seguir, são apresentadas duas falas que retratam essa importante consequência do modelo:

Há uns três anos atrás... Eu me sentia mais doente. Eu era uma pessoa tão doente, aí eu comecei a descobrir as doenças. Eu não, o médico. Aí ele foi descobrindo, trocando remédio e tudo. Porque, quando eu não tava gostando do remédio, que, pra mim, estava me ofendendo, aí ele [o médico] trocava. (SMC01)

É porque ele [o médico] disse que tomando por muito tempo o captopril, ele disse que dá uma cócega. A gente fica tossindo. É aquela tosse, aquela tosse que não passa nunca! Aí ele mudou. (FRLS21)

A queixa de tosse persistente e não produtiva pode aparecer em pacientes que usam inibidores da ECA, como o captopril, e tende a desaparecer até 30 dias após a descontinuação da terapia. Acredita-se que essa tosse seja causada pelo acúmulo da bradicinina, substância liberada mediante uso de inibidores da ECA, que causa irritação nas vias áreas e estimula receptores nervosos envolvidos no reflexo da tosse (GOMES; PAZ JÚNIOR; LIMA, 2009; CLAYTON; STOCK, 2006).

Nos dois casos citados, a presença de um incômodo físico – a tosse e a sensação de estar doente – exaltou a necessidade de mudança de tratamento (consequência) e foi motivo para querer interromper o tratamento. No entanto, as idosas lançaram mão da rede de apoio (condição contextual) ao retornarem à consulta médica, para relatar suas queixas e, junto ao profissional, buscar estratégias para lidar com o uso

de medicamentos (ações/interações). Essa declaração relacional mostra a ligação entre os componentes do paradigma e a dinâmica envolvida no fenômeno estudado.

Por fim, a categoria **segundo o tratamento medicamentoso** diz respeito aos idosos deste estudo que, de modo geral, seguiam o tratamento medicamentoso com a finalidade de controlar uma ou mais condições de saúde/doença. Nesse caminho, vivenciavam situações e conviviam com pessoas – representadas pelas condições interventoras e contextuais – que poderiam ajudar ou dificultar o alcance deste objetivo.

Aqueles que persistiam e conseguiam cumprir o tratamento medicamentoso, o faziam por alguns motivos: acreditavam que o medicamento era a solução para qualquer incômodo, que eram capazes de evitar que uma doença se agravasse ou, simplesmente, se sentiam induzidos a cumprir aquilo que o médico lhes prescreveu. Esses três motivos se encontram expressos nas emissões a seguir:

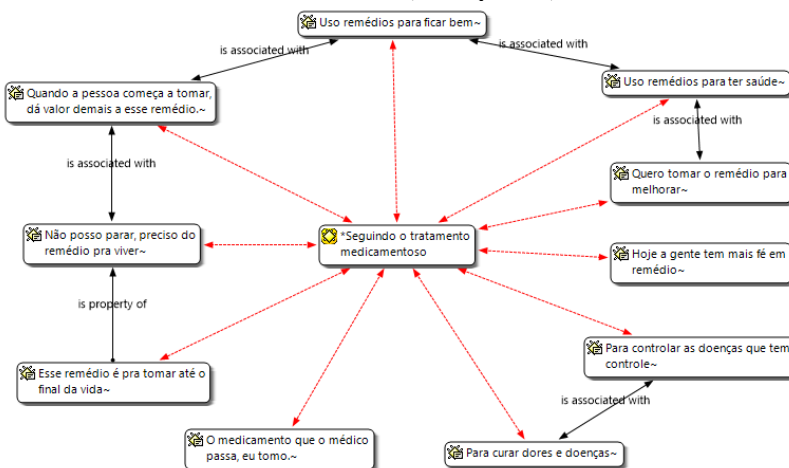
Medicamento que o médico passa, eu tomo. Se for necessário, eu tomo. (JOP03)

Às vezes a pessoa se vê com um problema ali e não vai procurar o remédio. Às vezes se torna... se descuida, não vai procurar o remédio e isso se torna uma doença mais [grave]. E ele procurando a saúde... procurando o remédio, ele tá garantindo a saúde dele.(MFC20)

Pra ficar bom! Se você sente qualquer coisa, deve procurar logo o remédio! [risos] O médico e o remédio. Não é isso não?(GJL24)

Assim, observa-se que a motivação para seguir o tratamento medicamentoso parece envolver o significado atribuído pelo idoso a esta prática, expresso pelo seguinte diagrama:

Figura 6 – Códigos associados à categoria *Seguindo o tratamento medicamentoso* (consequência)



Fonte: Elaborado pela autora, extraído do Atlas ti, 2015.

Com isso, percebe-se que, para os idosos que seguem o tratamento medicamentoso, mesmo estando, muitas vezes, expostos aos mesmos fatores que são vistos por alguns como limitantes ou que dificultam o uso de medicamentos, existe uma série de motivos que os leva a aderir à terapia.

Uma questão muito forte está presente nas falas daqueles que afirmaram não poder viver sem o medicamento:

Faz uns trinta anos [que uso Clonazepam 2 mg]. Faz mais de trinta, minha filha, faz uns 40 anos já! É, eu tô acostumado, não paro não. Tem que continuar. Não pode parar. (JOP03)

O importante é assim: a gente precisa do remédio porque sem o remédio eu não posso viver, que é uma coisa que... a gente fica acamado mesmo! Aí a gente tomando aquele medicamento que o médico passa, com dias e horas que nem eles mandam, que tome naquela hora, acho eu que aquele remédio tá me servindo, não é? (ERS04)

As últimas falas deixam claro o valor atribuído ao medicamento, visto aqui como um recurso necessário para a vida e que, portanto, não

pode ser interrompido. Assim, tais terapias se prolongam por anos e décadas, e acabam sendo incorporadas ao cotidiano do idoso, reforçando algo já defendido por Arruda, Lima e Renovato (2013). Para esses autores, o fato de o medicamento oferecer a possibilidade de estabelecer a normalidade do corpo contribui para o adequado seguimento da terapêutica pelo idoso.

Desse modo, conforme ilustrado no diagrama, o código *in vivo* “Não posso parar, preciso do remédio para viver” está associado a outros dois códigos: “Esse remédio é pra tomar até o final da vida” e “Quando a pessoa começa a tomar, dá valor demais a esse remédio”. Esse último, por sua vez, se associa ao código “uso remédios para ficar bem”, que aparece no topo da imagem e está ligado a outro importante código: “uso remédios para ter saúde”. Outro motivo para seguir o tratamento, mencionado pela Sra. FRLS21, foi o fato de que hoje não se tem tanta fé nos remédios caseiros e, assim, se faz necessário adotar os medicamentos alopáticos.

Existe, ainda, o entendimento de que o sentido de usar medicamentos está na capacidade desses de curar e controlar doenças, com a ressalva de que nem todas as doenças podem ser controladas, como expresso nas cinco falas ligadas ao código “para controlar doenças que tem controle”. De forma um pouco mais isolada, aparece o código “o medicamento que o médico passa, eu tomo”, surgido de três falas que revelam ainda persistir uma relação de respeito como também de obediência entre o paciente idoso e o médico, que nesses casos levaram ao seguimento terapêutico.

Em síntese, justifica-se aqui o destaque dado aos códigos que sustentam a presente categoria pelo fato de resumirem, através de declarações simples, aquilo que os idosos deste estudo mais anseiam: controlar dores e doenças, ter saúde e sentir-se bem, por toda a sua vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido a partir da necessidade de se investigar como o idoso residente em áreas atendidas pela ESF compreende o uso de medicamentos, como lida com esse tratamento e, conseqüentemente, com sua situação de saúde/doença. O uso de medicamentos pelos idosos é um fenômeno com múltiplas dimensões e, portanto, digno de ser investigado a partir de um método que permitisse uma visão mais ampla. Para tanto, optamos por uma abordagem qualitativa e adotamos a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico. Essa escolha foi fundamental, pois deu voz aos participantes na medida em que cada código criado e cada categoria delineada traziam a marca da experiência vivida por esses idosos.

A atuação da pesquisadora há cerca de 10 anos com a temática – desde a graduação, como bolsista de extensão e monitora na saúde do idoso, até os dias de hoje, como docente da área – foi um ponto importante para o maior envolvimento com o objeto de estudo e para a familiaridade com os participantes e, assim, favoreceu o desenvolvimento da sensibilidade teórica, característica necessária em estudos qualitativos que utilizam a TFD.

Antes de adentrar no campo, declaramos a seguinte tese: O idoso costuma fazer uso de diversos medicamentos e busca estratégias para conviver com esse tratamento de acordo com sua compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde e com base em suas práticas socioculturais de cuidado à saúde/doença.

De fato, foi evidenciado que o idoso buscava estratégias para lidar com o uso de medicamentos, representadas no modelo paradigmático como as ações/interações realizadas por esses. Entre essas ações estavam: o armazenamento adequado do medicamento (em local arejado e facilmente visível), a associação dos horários da administração com os horários das refeições, a identificação da droga de acordo com o sistema e/ou órgão-alvo do tratamento, e demais cuidados que ajudavam os idosos a evitar esquecimentos ou repetições de doses e, assim, geravam maior segurança no seu uso.

O uso de múltiplos medicamentos – polifarmácia – foi algo identificado na maioria dos participantes (22 idosos usavam três medicamentos ou mais), uma situação preocupante, tendo em vista a maior chance que essas pessoas apresentem de sofrer interações medicamentosas e reações adversas, complicações que muitas vezes são relatadas pelos idosos, mas nem sempre percebidas pelos profissionais da saúde. Esses, por sua vez, são importantes personagens na rede de

apoio do idoso, pois, em conjunto com os familiares, amigos e rezadeiras, influenciam o modo como a pessoa idosa enxerga e gerencia o próprio cuidado.

Outro aspecto significativo é que, sob a influência da rede de apoio, muitas vezes o idoso interrompe um tratamento ou encontra forças para segui-lo. Isso nos mostra que as orientações sobre o tratamento medicamentoso precisam ser fornecidas não só para o idoso, como para sua família e/ou cuidador. É preciso deixar claro que tais informações não devem ser passadas em tom impositivo ou de ameaça – prática ainda presente no cotidiano dos serviços de saúde – mas através de um diálogo aberto, que utilize termos simples, na abordagem individual, ou por meio de estratégias de educação em saúde, quando voltadas para grupos.

A compreensão que os idosos desse estudo apresentaram quanto ao tratamento medicamentoso parece ser construída não apenas a partir das orientações profissionais, como declaramos na tese, mas surge da combinação de diversos elementos. Um deles seria o conhecimento popular, aqui fortemente marcado pela cultura nordestina, de raiz sertaneja, tendo em vista que todos os entrevistados tinham origem rural, embora hoje residissem em áreas urbanas. O conhecimento popular aparece nas diversas falas em que os idosos explicaram para que serviam e por que utilizavam determinados remédios caseiros, com quem aprenderam e para quem ensinavam, mostrando que, de alguma forma, essa tradição estava sendo passada adiante para as futuras gerações.

Da mesma maneira, aparece a influência das rezadeiras ou benzedadeiras, pessoas da própria comunidade que detém uma sabedoria popular e que surgem como uma das alternativas buscadas no cuidado à saúde. Muitos idosos entendiam que a cura através das rezas é algo possível, desde que se tenha fé naquele tratamento. Aqueles idosos que não buscavam essa alternativa demonstravam certa repulsa, pois a consideravam como uma prática que desrespeita sua religião, representada majoritariamente pelo cristianismo.

Assim fica evidenciado que as crenças religiosas ou costumes populares, na condição de práticas socioculturais, ainda perduram como importantes elementos do cuidado à saúde do idoso, de modo geral. O idoso de hoje, residente no contexto estudado, se abre às novidades tecnológicas e tratamentos especializados, ao mesmo tempo em que respeita e segue o costume popular, mostrando que é possível aderir ao novo e preservar a tradição. Exemplo disso está no fato de que 24 utilizavam, concomitantemente, medicamentos alopáticos e remédios

caseiros. Desses idosos, poucos vislumbravam a chance de que essa combinação pudesse gerar algum dano à sua saúde. Na verdade, entre os que utilizavam chás e outras preparações parecia existir a noção de que o que não é industrializado é inofensivo.

Todos os entrevistados usavam algum medicamento, variando de uma a 10 drogas por pessoa. As drogas mais citadas foram as utilizadas para o tratamento de doenças cardiovasculares, o que incluiu, principalmente, diuréticos, antagonistas dos receptores de angiotensina II, beta bloqueadores e inibidores da ECA. Com exceção do Lisinopril, todos os medicamentos voltados para doenças cardiovasculares citados constavam na lista oficial da Rename, mostrando que praticamente, em todos os casos, esses idosos conseguiam tratar seus problemas com medicamentos disponíveis gratuitamente. Consideramos essa informação relevante, tendo em vista que quase todos os participantes tinham renda mensal de um ou dois salários mínimos e que a condição socioeconômica já tem sido demonstrada na literatura como importante fator no cumprimento do regime terapêutico.

A presença de comorbidades, com destaque para a associação de hipertensão e diabetes, resultou em tratamentos com combinação de múltiplas drogas. Tal fato torna-se preocupante por saber que, quanto maior o número de medicamentos em uso, maior a chance de interações e reações adversas. Além disso, foi comum ouvir relatos de automedicação, envolvendo, principalmente, anti-inflamatórios e drogas de ação gastrointestinal, e entre os principais motivos para utilizá-los estavam, respectivamente, as queixas de sintomas de gripe e os desconfortos abdominais, como a sensação de plenitude gástrica e a constipação. Embora não seja o foco do presente estudo, a automedicação entre idosos foi identificada e configura-se como um tema alarmante e que deverá ser investigado em estudos posteriores, especialmente por ser uma prática subnotificada, já que não constava nos registros desses usuários.

Neste estudo, o uso de medicamentos, sejam eles prescritos ou não, possui um importante papel na vida dos idosos por dois motivos principais: (1) trata-se de uma prática já incorporada ao dia a dia do idoso, tendo em vista que, em muitos casos, as rotinas de vida se ajustam aos horários da administração, às formas de aquisição e aos cuidados associados à terapia medicamentosa; (2) o papel que o medicamento desempenha na vida do idoso parece ser influenciado pelo significado atribuído a esta prática.

O primeiro motivo citado já foi discutido quando sintetizamos as estratégias realizadas pelos idosos para lidar com a terapia

medicamentosa, correspondendo às ações/interações presentes no modelo paradigmático.

Sobre o significado atribuído ao uso de medicamentos, compreende-se que a maioria dos idosos deste estudo os vê como algo positivo e alguns, como algo negativo. Dizemos que alguns dão significados negativos ao uso de medicamentos, pois afirmavam que tal terapia não resolvia o problema de saúde e ainda poderia lhes causar algum mal, existindo ainda aqueles que compararam os medicamentos às drogas ilícitas, por alterarem o estado mental ou causarem dependência. Essa visão negativa do significado do uso de medicamentos foi apresentada, principalmente, pelos idosos que relataram abandono do tratamento e/ou que se queixaram de desconfortos decorrentes do seu uso.

Por outro lado, quase todos os idosos significavam o uso de medicamentos como um cuidado que garante a saúde, estabilidade física e emocional, que os fazia sentirem-se melhor em comparação aos momentos sem o medicamento e, ainda, que os medicamentos são recursos necessários para se viver bem. Ao atribuírem significados positivos aos medicamentos, esses idosos pareciam motivados a seguir os tratamentos e demonstravam sentimentos de esperança de cura e bem-estar.

Os aspectos ora discutidos foram contemplados no esquema paradigmático, uma representação gráfica do fenômeno estudado e das condições que o influenciam gerando determinadas consequências. Admitimos aqui que o modelo alcançado ainda necessita ser validado, uma limitação decorrente de questões logísticas e que, portanto, somente será solucionada em estudo posterior, a fim de verificar sua efetividade.

Afirmamos o alcance dos objetivos propostos e ressaltamos que, a partir dos achados deste estudo e com base na literatura científica da área, é possível tecer algumas recomendações voltadas aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros, citando aspectos que consideramos importantes no cuidado integral ao idoso, no cenário da atenção primária à saúde, quais sejam:

No âmbito da assistência à saúde:

- Realizar ações de educação em saúde que abordem, de forma dinâmica e problematizadora, o uso de medicamentos pela pessoa, utilizando espaços nos grupos de convivência, salas de espera e demais movimentos comunitários existentes;

- Nas consultas individuais, realizar entrevista e exame físico considerando as peculiaridades do envelhecimento, especialmente no tocante às mudanças fisiológicas que podem alterar a ação dos

medicamentos, como forma de coletar informações importantes para a elaboração dos planos de cuidados, os quais devem ser discutidos com a equipe interdisciplinar;

- Elaborar, e revisar constantemente, os planos de cuidados para os idosos atendidos na ESF, priorizando aqueles em situação de maior vulnerabilidade – idosos frágeis, acamados ou com comorbidades – de modo que sejam analisadas as características individuais de cada sujeito e seu contexto de vida, bem como sejam consideradas as questões culturais, os recursos socioeconômicos e redes de apoio disponíveis;

- Realizar perfil epidemiológico da comunidade onde se atua, a fim de conhecer os problemas de saúde mais prevalentes, os recursos terapêuticos utilizados e as necessidades de saúde da população;

- Orientar os idosos, familiares e cuidadores quanto ao uso correto dos medicamentos, organização dos horários, armazenamento e identificação adequados, de modo a promover maior segurança no uso de medicamentos;

- Buscar a educação permanente sobre envelhecimento e uso de medicamentos, e participar das ações de educação continuada promovidas pelos serviços, de modo a manter-se constantemente atualizado sobre o tema em questão.

No âmbito da pesquisa:

- Investigar os fatores que influenciam a adesão e o abandono do tratamento medicamentoso por idosos;

- Analisar a frequência do uso de remédios caseiros, medicamentos e possíveis interações, bem como a automedicação e a polifarmácia;

- Verificar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e propor intervenções a partir dos achados;

- Estudar as tradições das idosas rezadeiras e as práticas realizadas por estas.

No âmbito do ensino:

- Incluir o estudo do envelhecimento como tema transversal nas matrizes curriculares, tendo em vista a necessidade de formar profissionais capazes de atender à crescente demanda de idosos nos serviços de saúde;

- Inserir a reflexão sobre a cultura das rezadeiras/benzedadeiras no estudo das Práticas Integrativas e Complementares;

- No estudo da farmacologia, inserir conteúdos referentes às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ao longo do ciclo de vida, enfatizando as modificações que podem surgir no envelhecimento;

- Integrar os conteúdos da farmacologia às demais disciplinas do curso de enfermagem, para que as peculiaridades apresentadas pelos idosos frente ao uso de medicamentos sejam abordadas em diferentes componentes curriculares e nos diversos cenários de aprendizagem por onde o discente passa.

Defendemos que todas essas recomendações devam ser realizadas apoiadas nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, da universalidade, da integralidade e da equidade, nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), visando à promoção à saúde e à atenção integral à pessoa idosa.

Nossos resultados apontam que, no cuidado ao idoso em uso de medicamentos, devem ser feitas abordagens amplas que considerem as diversas condições capazes de influenciar o controle das situações de saúde/doença, tão almejado por essas pessoas. Nesse contexto, é preciso considerar como os idosos: conciliam as diversas formas de tratamento à saúde; como interagem com a rede apoio; a forma como lidam com a aquisição dos medicamentos; e como percebem os efeitos dos medicamentos sobre o seu estado de saúde.

Assim, a partir da teoria substantiva (ou substancial) construída neste estudo, não se pretende uma generalização como alcançada em pesquisas quantitativas. O que se afirma aqui, respeitando os preceitos de Strauss e Corbin (2008), é que a teoria construída – ilustrada pelo esquema paradigmático – possui poder explanatório para comunicar-se e aplicar-se à população estudada e a outros grupos que guardem semelhança com essas pessoas, a saber, idosos em tratamento medicamentoso contínuo, portadores de doenças crônicas e atendidos por serviços de atenção primária à saúde.

Sob as condições interventoras, causais e contextuais já especificadas, emergiram as estratégias utilizadas pelos idosos para cuidar de uma situação de saúde/doença e de vida com o uso de medicamentos, na forma de ações/interações. Tais ações, sob constante influência dessas condições, acabam por gerar consequências que podem levar o idoso a abandonar ou aderir ao tratamento, ou, ainda, a perceber necessidades de mudança em seu regime terapêutico. Os idosos da cidade de Santa Cruz/RN, entrevistados neste estudo, seguiam o percurso apresentado no modelo, na esperança de controlar sua situação de saúde/doença. Diante disso, é imprescindível que nós, profissionais de saúde e docentes, estejamos capacitados para atender às necessidades de saúde dessa população, sensíveis às subjetividades, crenças e valores que nem sempre se manifestam nas avaliações clínicas, e

comprometidos em prestar um cuidado, de fato, integral àqueles que envelhecem.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, A.; OTHMAN, S. The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension: a qualitative study. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 12, p. 143, 2011. ISSN 1471-2296.

ADUE, I. M. et al. Las controversias entre cuantificación y cualificaación em investigación. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: OPAS, 2008. p. 55-67.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. 2001. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

ANDERSON, K. et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. **BMJ Open**, Londres, v. 4, n. 12, p. e006544, 2014.

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2010.

ANTHIERENS, S. et al. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 11, p. 65, 2010. ISSN 1471-2296.

ARRUDA, G. O.; LIMA, S. C.; RENOVATO, R. D. The use of medications by elderly men with polypharmacy: representations and practices. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1337-1344, nov./dez. 2013. ISSN 0104-1169.

- AUDULV, A. The over time development of chronic illness self-management patterns: a longitudinal qualitative study. **BMC Public Health**, Londres, v. 13, p. 452, 2013. ISSN 1471-2458.
- BADGER, F.; NOLAN, P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 16, n. 7, p. 1343-1352, 2007.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Teoria fundamentada nos dados ou grounded theory e o uso na investigação em enfermagem no Brasil. **Revista Referência de enfermagem**, Coimbra, III Série, n. 3, mar. 2011, p. 177-185.
- BALDONI, A. O. et al. Elderly and drugs: risks and necessity of rational use. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-632, out./dez. 2010.
- BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, abr. 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232Hunt008000700007>>. Acesso em: 4 mar.2015.
- BENJUMEA, C. C. El investigador como instrumento flexible de la indagación. **International journal ofqualitativemethods**, Edmonton, v. 2, n. 4, 2003.
- BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação emsaúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.
- BOFF, L. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012.
- BOENI, F.; HERSBERGER, K. E.; ARNET, I. Multidrug punch cards in primary care: A mixed methods study on patients' preferences and impact on adherence. **Frontiers in Pharmacology**, Switzerland, v. 5, 1 out. 2014.
- BOKHOUR, B. G. et al. How do providers assess antihypertensive medication adherence in medical encounters? **Journal of General Internal Medicine**, Bethesda, v. 21, n. 6, p. 577-583, 2006.

BORGSTEEDE, S. D. et al. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 83, n. 1, p. 22-28, 2011a.

BORGSTEEDE, S. D. et al. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. **Int J Clin Pharm**, Dordrecht, v. 33, n. 5, p. 779-787, out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**. Decreto nº. 1.984, 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**: Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria_federal_3916_GM_98.pdf> Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (Caderno de atenção básica nº. 19).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Projetos, programas e relatórios, n. 25. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 491, de 23 de setembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRYANT, L. et al. Could the polypill improve adherence? The patient perspective. **J Prim Health Care**, Wellington, v. 5, n. 1, p. 28-35, mar. 2013. ISSN 1172-6156.

BURGESS, C.; COWIE, L.; GULLIFORD, M. Patients' perceptions of error in long-term illness care: Qualitative study. **Journal of Health Services Research and Policy**, Londres, v. 17, n. 3, p. 181-187, 2012.

BUETOW, S. et al. Distinguishing objective from subjective assessments of the severity of medication-related safety events among people with Parkinson's disease: a qualitative study. **J Clin Pharm Ther**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 436-440, ago. 2012. ISSN 0269-4727.

CARDARELLI, R. et al. Improving accuracy of medication identification in an older population using a medication bottle color symbol label system. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 12, p. 142, 2011. ISSN 1471-2296.

CARDOSO, C. K. et al. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Bagé, v. 34, n. 2, p. 263-268, 2013.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 119-126, 2006. Suplemento.

CASSIANI, S. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem de pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. p. 251-289.

CANADIAN PATIENT SAFETY DICTIONARY. Canada, October, 2003. Disponível em: <http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf>. Acesso: 30 abr. 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3507-3515, 2010. Suplemento 3.

CLAYTON, B. D.; STOCK, Y. N. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Tradução Danielle Corbett. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CLYNE, B. et al. Addressing potentially inappropriate prescribing in older patients: development and pilot study of an intervention in primary care (the OPTI-SCRIPT study). **BMC Health Serv Res**, Bethesda, v. 13, p. 307, 2013. ISSN 1472-6963.

CONTRERAS, R. B. Primary Document Families: An Essential Procedure That Facilitates Data Exploration and Analysis. **Inside ATLAS.ti: The QDA Newsletter**, v. 3, p. 2-5, out. 2014. Disponível em: <http://downloads.atlasti.com/newsletter/ATLASSti_Newsletter_2014-03.pdf> Acesso em: 20 dez. 2014.

COOK, J. M. et al. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. **J Gen Intern Med**, Bethesda, v. 22, n. 8, p. 1094-1100, ago. 2007.

COOPER, R.; O'HARA, R. Patients' and staffs' experiences of an automated telephone weather forecasting service. **Journal of Health Services Research and Policy**, Londres, v. 15, p. 41-46, 2010. Suplemento 2.

COSTA, E. M.; RABELO, A. R. M.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Bagé, v. 35, n. 1, p. 81-88, 2014.

COUTINHO, F. L. Avaliação do impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Praeger publishers, 1990.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc. [online]**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

DALLEUR, O.; FERON, J. M.; SPINWINE, A. Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study. **Acta Clin Belg**, Gante, v. 69, n. 4, p. 251-261, ago. 2014. ISSN 1784-3286 (Print).

DANTAS, C. C. et al. Teoria fundamentada nos dados: aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, jul./ago. 2009.

DATASUS. Secretaria de atenção à saúde. **CNESNet: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=24&VCo dMunicipio=241120&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20NORTE>. Acesso em: 5 maio 2013.

DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____ (Org.). **Antropologia e velhice**. Campinas: IFHC/UNICAMP, 1998. p. 7-27 (Textos didáticos).

DICKINSON, R. et al. Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 60, n. 573, p. e144-55, abr. 2010. ISSN 0960-1643.

DIMA, A. et al. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: a focus group study. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 63, n. 612, p. e490-498, jul. 2013.

DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

DU PASQUIER, S.; ASLANI, P. Concordance-based adherence support service delivery: consumer perspectives. **Pharm World Sci**, Heidelberg, v. 30, n. 6, p. 846-853, dez. 2008.

ESCAMILLA FRESNADILLO, J. A. et al. [Reasons for therapy non-compliance in older patients taking multiple medication]. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 40, n. 2, p. 81-85, fev. 2008.

FAQUINELLO, P.; MARCONI, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, set./out. 2011.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

FIELD, K. et al. 'Can I come off the tablets now?' A qualitative analysis of heart failure patients' understanding of their medication. **Fam Pract**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 624-630, dez. 2006.

FINNELL, D. S.; OSBORNE, F. H.; GERARD, V. K. Development of the patient-centered recovery resource system for veterans on long-term mental health medications. **Arch Psychiatr Nurs**, Philadelphia, v. 25, n. 4, p. 235-244, ago. 2011. ISSN 0883-9417.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FONTENELE, R. P. et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, 2013.

FORTNEY, J. C. et al. Reasons for antidepressant nonadherence among veterans treated in primary care clinics. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 72, n. 6, p. 827-834, jun. 2011. ISSN 0160-6689.

FRANK, D. et al. Primary care physicians' attitudes regarding race-based therapies. **Journal of General Internal Medicine**, Alexandria, v. 25, n. 5, p. 384-389, 2010.

FRANZ, C. E. et al. Nonmedical influences on the use of cholinesterase inhibitors in dementia care. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, New York, v. 21, n. 3, p. 241-248, 2007.

FRENCH, L. M. et al. Hormone therapy after the Women's Health Initiative: a qualitative study. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 7, p. 61, 2006. ISSN 1471-2296.

FRIED, T. R.; TINETTI, M. E.; IANNONE, L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. **Arch Intern Med**, São Francisco, v. 171, n. 1, p. 75-80, 10 jan. 2011. ISSN 0003-9926.

GALLACHER, K. et al. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. **Ann Fam Med**, Cleveland, v. 9, n. 3, p. 235-243, maio/jun. 2011. ISSN 1544-1709.

GARROTE, M. N. R. La homeopatía como propuesta válida para la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana, v. 28, n. 2, p. 65-71, 2012.

GIVENS, J. L. et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. **J Gen Intern Med**, Alexandria, v. 21, n. 2, p. 146-151, fev. 2006. ISSN 0884-8734.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GOMES, M. A. M.; PAZ JÚNIOR, J. D.; LIMA, P. D. A. Efeitos Colaterais Relatados por Pacientes Referentes ao Uso da Associação Captopril-Hidroclorotiazida. **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 303-308, set./out. 2009.

GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E.V. (Org.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 942-949.

GRANT, R. W. et al. Implementation of a web-based tool for patient medication self-management: The Medication Self-titration Evaluation Programme (Med-STEP) for blood pressure control. **Informatics in Primary Care**, Guildford, v. 20, n. 1, p. 57-67, 2012.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012

HAYFLICK. L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HELMAN, C. G. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: _____. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

HEYWORTH, L. et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers' perspectives. **J Med Internet Res**, Toronto, v. 15, n. 12, p. 264, 2013. ISSN 1438-8871.

HILL-SAKURAI, L. E.; MULLER, J.; THOM, D. H. Complementary and alternative medicine for menopause: A qualitative analysis of

women's decision making. **Journal of General Internal Medicine**, Alexandria, v. 23, n. 5, p. 619-622, 2008.

HOWES, F. et al. Barriers to diagnosing and managing hypertension: A qualitative study in Australian general practice. **Australian Family Physician**, Melbourne, v. 39, n. 7, p. 511-516, 2010.

HUNT, L. M.; KREINER, M.; BRODY, H. The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. **Ann Fam Med**, Cleveland, v. 10, n. 5, p. 452-60, set./out. 2012. ISSN 1544-1709.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 26. Brasília: IBGE, 2009a.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: Informação Demográfica e Socioeconômica** n. 25. Brasília: IBGE, 2009b.

_____. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. **Rio Grande do Norte: Santa Cruz: Histórico**. 2013. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=241120&searh=rio-grande-do-norte&lang=_EN>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IZQUIERDO, A. et al. Older depressed Latinos' experiences with primary care visits for personal, emotional and/or mental health problems: a qualitative analysis. **Ethn Dis**, McDonough, v. 24, n. 1, p. 84-91, Winter 2014.

JEON, Y. H. et al. Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. **BMC Health Serv Res**, Londres, v. 9, p. 182, 2009. ISSN 1472-6963.

JONES, M. I. et al. Patients' experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication: the TASMING2 trial

qualitative study. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 62, n. 595, p. e135-142, fev. 2012. ISSN 0960-1643.

_____. Patient self-monitoring of blood pressure and self-titration of medication in primary care: the TASMINH2 trial qualitative study of health professionals' experiences. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 63, n. 611, p. e378-385, jun. 2013. ISSN 0960-1643.

KIRKEGAARD, P. et al. Risk of cardiovascular disease? A qualitative study of risk interpretation among patients with high cholesterol. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 14, p. 137, 2013.

KITCHEN, K. A. et al. Depression Treatment Among Rural Older Adults: Preferences and Factors Influencing Future Service Use. **Clin Gerontol**, Binghamton, v. 36, n. 3, 2013.

KLEINMAN, A. **Writing at the margin**: discourse between anthropology and medicine. California: University of California Press, 1995.

KNIGHT, D. A. et al. 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. **Health Expect**, Malden, v. 16, n. 3, p. 277-291, set. 2013. ISSN 1369-6513.

KRSKA, J. et al. Issues potentially affecting quality of life arising from long-term medicines use: A qualitative study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Dordrecht, v. 35, n. 6, p. 1161-1169, 2013.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v. 18, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 7 mar. 2013.

LANGEVIN, A. A construção social das idades: mulheres adultas de hoje e velhas de amanhã. **Caderno CRH**, Salvador, n. 29, p. 129-149, jul./dez. 1998.

LARAIA, R.B. **Cultura**: um conceito antropológico. 3.ed. Rio de Janeiro: JZE, 1988.

- LAUFFENBURGER, J. C. et al. Design of a medication therapy management program for Medicare beneficiaries: qualitative findings from patients and physicians. **Am J Geriatr Pharmacother**, Hillsborough, v. 10, n. 2, p. 129-138, abr. 2012. ISSN 1876-7761.
- LEE, Yew Kong ; LEE, Ping Yein; NG, Chirk Jenn. A qualitative study on healthcare professionals' perceived barriers to insulin initiation in a multi-ethnic population. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 13, p. 28, 2012.
- LIMA, S. C. et al. Representations and uses of medicinal plants in elderly men. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 778-786, jul./ago. 2012. ISSN 0104-1169.
- LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004.
- LÖFFLER, C. et al. Coping with multimorbidity in old age--a qualitative study. **BMC Fam Pract**, Londres, v. 13, p. 45, 2012. ISSN 1471-2296.
- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.
- LYRA JÚNIOR, D. P. et al. Compreendendo os significados das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 591-599, 2008.
- LYONS, K. J. et al. Perspectives of older adults on co-management of low back pain by doctors of chiropractic and family medicine physicians: a focus group study. **BMC Complement Altern Med**, Londres, v. 13, p. 225, 2013. ISSN 1472-6882.
- MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MARCHIOLI, M. et al. Classes de anti-hipertensivos prescritas aos idosos na Estratégia de Saúde da Família do município de Marília (SP). **Rev Baiana Saude Publica**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 682-693, 2010.

MARGOLIS, M. K. et al. Upper gastrointestinal symptoms experienced by users of low-dose aspirin (Acetylsalicylic Acid) 75325mg/day for primary and secondary coronary artery disease prevention: Perspectives from patient focus groups. **Patient**, Switzerland, v. 2, n. 2, p. 85-93, 2009.

MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008.

MARX, G. et al. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. **Patient Educ Couns**, Limerick, v. 85, n. 3, p. 468-474, dez. 2011. ISSN 0738-3991.

MAZOR, K. M. et al. Older women's views about prescription osteoporosis medication: a cross-sectional, qualitative study. **Drugs Aging**, Auckland, v. 27, n. 12, p. 999-1008, 1 dez. 2010.

MCGRATH, S. H. et al. Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: Qualitative analysis. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washington, v. 50, n. 1, p. 67-71, 2010.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos.** 2005. 319 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MILDER, T. Y. et al. Use of NSAIDs for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and

perceptions of risk. **Age Ageing**, Oxford, v. 40, n. 2, p. 254-259, mar. 2011. ISSN 0002-0729.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, [Belo Horizonte], v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORSE, J. M. Emerger de losdatos: losprocesos cognitivos del análisis em la investigación cualitativa. In: _____. **Asuntos críticos em los métodos de investigacióncualitativa**. Antioquia: Universidad de Antioquia, 2003.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2.ed. Campinas: Alínea, 2005.

NÓBREGA, S. B. et al. Sentidos atribuídos aos medicamentos genéricos por idosos. **R. pesq.:** cuid. fundam. Online, [Rio de Janeiro], v. 3, p. 37-44, dez., 2011. Suplemento.

OLIVEIRA, C. A. P. et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1007-1016, 2009.

OLIVEIRA, D. R. de; SHOEMAKER, S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **J Am Pharm Assoc (2003)**, Washington, v. 46, n. 1, p. 56-64, jan./fev. 2006.

OPAS. Evaluación farmacológica del adulto mayor. In: OPAS. **Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores**. Washington: OPAS/OMS, 2002.

OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORIHUELA, M. G. La evidencia científica y la intervención farmacológica preventiva en geriatría. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana, v. 28, n. 4, p. 747-755, 2012.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. (Org.) **Tratado de geriatría e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-13.

PAYNE, M. et al. Primary care providers' perspectives on psychoactive medication disorders in older adults. **Am J Geriatr Pharmacother**, Hillsborough, v. 9, n. 3, p. 164-172, jun. 2011. ISSN 1876-7761.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Análise de dados qualitativos. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 504-531.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

PRADO, M. L. et al. El diseño em la investigación cualitativa. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T.E. **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: OPAS, 2008. p. 87-100.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 423-431, 2012.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 717-724, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300004>>. Acesso em: 5 maio 2013.

RUSS, A. L. et al. Prescribers' interactions with medication alerts at the point of prescribing: A multi-method, in situ investigation of the human-computer interaction. **Int J Med Inform**, Shannon, v. 81, n. 4, p. 232-243, abr. 2012. ISSN 1386-5056.

SALINERO, J. G. Estudios epidemiológicos: clasificación. **Nure Investigación**, Madrid, n. 6, jun. 2004.

SALTER, C. et al. Abandoned acid? Understanding adherence to bisphosphonate medications for the prevention of osteoporosis among older women: a qualitative longitudinal study. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. e83552, 2014. ISSN 1932-6203.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300003>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3.ed. Campinas: Alínea, 2010.

SANTOS JÚNIOR, E. B.; OLIVEIRA, L. P. B. A.; SILVA, R. A. R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **J. res.: fundam. care.** Online, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 516-524, 2014.

SCHOFIELD, P. et al. Patients' views of antidepressants: from first experiences to becoming expert. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 61, n. 585, p. 142-148, abr. 2011. ISSN 0960-1643.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010.

SHINDE, S. et al. The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and private primary care: a qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 88, p. 48-55, jul. 2013. ISSN 0277-9536.

SILVA C. S. O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 811-818, out./dez. 2010.

SILVA, G. O. B. et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-395, 2012.

SILVA, E. D.; TESSER, C. D. [Acupuncture patients' experience in the Brazilian Unified National Health System in different healthcare settings and social (de)medicalization]. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, nov. 2013. ISSN 0102-311x.

SPITZ, A. et al. Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. **BMC Geriatr**, Sydney, v. 11, p. 35, 2011.

STENNER, K. L.; COURTENAY, M.; CAREY, N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. **Int J Nurs Stud**, Londres, v. 48, n. 1, p. 37-46, jan. 2011. ISSN 0020-7489.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAN, N. C. et al. Factors influencing family physicians' drug prescribing behaviour in asthma management in primary care. **Singapore Medical Journal**, Singapura, v. 50, n. 3, p. 312-319, 2009.

TARN, D. M. et al. How do physicians conduct medication reviews? **J Gen Intern Med**, Bethesda, v. 24, n. 12, p. 1296-1302, dez. 2009. ISSN 0884-8734.

_____. Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. **Int J Pharm Pract**, Londres, v. 20, n. 5, p. 285-293, out. 2012. ISSN 0961-7671.

_____. Which providers should communicate which critical information about a new medication? Patient, pharmacist, and physician perspectives. **J Am Geriatr Soc**, Malden, v. 57, n. 3, p. 462-469, mar. 2009. ISSN 0002-8614.

TELLES FILHO, P. C. P.; ALMEIDA, A. G. P.; PINHEIRO, M. L. P. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 197-201, 2013.

TURNER, A.; SHAW, I. Exploratory evaluation of variation in statin take up among high risk patients in Nottingham City. **Public Health**, Londres, v. 127, n. 10, p. 958-960, 2013.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, maio/jun. 2003.

UFRN. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. **Institucional**: Santa Cruz e Trairí. 2010. Disponível em: <http://facisa.ufrn.br/regiao_trairi.php>. Acesso em: 8 maio 2013.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WAI, K. C. et al. Perspectives on adherence to blood pressure-lowering medications among Samoan patients: qualitative interviews. **J Prim Health Care**, Bethesda, v. 2, n. 3, p. 217-224, set. 2010.

WHITTEMORE R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHILE, C. et al. Medication management: The perspectives of people with dementia and family carers. **Dementia**, Londres, v. 12, n. 6, p. 734-750, 2013.

WILES, N. et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: The CoBaIT randomised controlled trial. **Health Technology Assessment**, Helsinki, v. 18, n. 31, p. 1-167, 2014.

WILSON, P. M.; KATARIA, N.; MCNEILLY, E. Patient and carer experience of obtaining regular prescribed medication for chronic disease in the English National Health Service: A qualitative study. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 13, n. 1, 2013.

WOLF, M. S. et al. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. **Patient Educ Couns**, Limerick, v. 67, n. 3, p. 293-300, ago. 2007. ISSN 0738-3991 (Print)

WHO. **The safety of medicines in public health programmes:** pharmacovigilance na essential tool. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf> Acesso em: 26 dez. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 133-140, mar./abr. 2007.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-92, mar./abr. 2008.

APÊNDICE A - ROTEIROS QUE DIRECIONARAM AS ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Primeira versão)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Parte I – Caracterização dos participantes

Nome: _____ Código de Identificação: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: ___ anos.

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil: _____ Religião: _____

Renda mensal: _____ Ocupação: _____ Escolaridade (em anos): _____

Doenças autorrelatadas: _____

UBS: _____

Parte II – Situação de saúde e o uso de medicamentos

1 Conte-me sobre sua saúde.

2 Como o (a) senhor (a) se organiza para cuidar de sua saúde e tomar os seus remédios?

3 Além dos remédios, que outros tratamentos o (a) senhor (a) usa para cuidar de sua saúde?

4 Para o (a) senhor (a), o que significa “usar remédios”?

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Segunda versão)

Parte I – Caracterização dos participantes

Nome: _____ Código de Identificação:

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: ___ anos.

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil: _____ Religião: _____

Renda mensal: _____ Ocupação: _____ Escolaridade (em anos): _____

Doenças autorrelatadas: _____

UBS: _____

Parte II – Situação de saúde e o uso de medicamentos

1 Conte-me sobre sua saúde e o que o (a) senhor (a) faz para cuidar dela

2 Além dos cuidados com a alimentação, atividade física e o uso **desses** remédios, que outros cuidados o (a) senhor (a) também faz uso (chás, outros remédios, benzedeira, tratamento espiritual)?


3 Como o (a) senhor (a) se organiza para cuidar de sua saúde e tomar os seus remédios?

4 Para o (a) senhor (a), qual o sentido ou importância de “usar remédios”?

***Na terceira versão, foi modificada a ordem entre as questões 2 e 3 do roteiro.**

APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA SOLICITANDO PERMISSÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Carta de anuência



Prefeitura de
Santa Cruz

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e como representante legal da Instituição Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Santa Cruz RN, tomei conhecimento do projeto de pesquisa **“O uso de medicamentos pela pessoa idosa”**, cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e autorizo a sua execução nos termos propostos, por entender que temos as condições necessárias para o desenvolvimento deste projeto.

Santa Cruz/RN, em 08 de agosto de 2013



Myllena Sarneza de Lima Bulhões Ferreira
Secretária de Municipal de Saúde

Rua Ferreira Chaves, nº 240, Centro, Santa Cruz/RN – CEP 59200-000
CNPJ 11.356.489/0001-55 – Tel.: (84) 3291-4354 / Fax: (84) 3291-2810
E-mail: smssantacruz@rn.gov.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa obter seu consentimento por escrito como sujeito participante do projeto de pesquisa intitulado **O uso de medicamentos pela pessoa idosa**, desenvolvido sob a coordenação da Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, e realizado pela doutoranda Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira. O objetivo deste estudo é compreender o significado que o idoso, residente em área adscrita a Estratégia Saúde da Família, no município de Santa Cruz/RN, atribui ao uso dos medicamentos. Sua participação consiste em responder uma entrevista conduzida pela pesquisadora, que será gravada mediante seu consentimento, com perguntas relacionadas à maneira como você utiliza seus medicamentos no cuidado à saúde diariamente, e também será realizada a observação. Todas as informações obtidas serão tratadas com respeito, buscando o sigilo durante todo o processo de pesquisa e divulgação do trabalho em publicações científicas. Sua participação é completamente voluntária. Os procedimentos realizados terão risco mínimo à sua vida e saúde, e caso o (a) senhor (a) se sinta desconfortável em algum momento, a entrevista será interrompida e, além disso, nos responsabilizaremos em oferecer todo o suporte necessário para garantir o seu bem estar. Para evitar o risco de quebra do sigilo faremos a entrevista individualmente, em ambiente privado, no qual só permanecerá o (a) senhor (a) e a pesquisadora que fará a coleta de dados. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você, podendo ser comunicado por telefone ou pessoalmente a pesquisadora principal. Como benefício, esse estudo poderá apontar um caminho de possibilidades para outros idosos que vivenciam essa mesma prática do uso de medicamentos em seu dia a dia. Acreditamos que o conhecimento a ser gerado poderá contribuir com o modo pelo qual o enfermeiro conduz o cuidado ao idoso na atenção básica, tendo em vista que os achados desta pesquisa fornecerão mais subsídios para nortear essa prática na atenção básica e o exercício do enfermeiro nesse contexto. Após leitura desse documento e caso concorde em participar da pesquisa, o senhor (a) deverá assinar duas vias, uma das quais ficará com o (a) senhor (a) e a outra com o pesquisador. Este estudo será rigorosamente fundamentado nas Normas e Diretrizes pela Pesquisa

com Seres Humanos (Resolução 466/12 – CNS/MS) e o Código de Ética de Enfermagem (COREN, 2001).

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Prof^a Dra. Sílvia M^a Azevedo dos Santos

Doc. de identificação: 352627100-34

Endereço completo: Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 1020, Pantanal, Florianópolis, SC. CEP 88040-000

Endereço de email: silvia.azevedo@ufsc.br Telefones: (48) 9608-6836



Sílvia M^a Azevedo dos Santos

Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:

Nome completo: _____

Doc. de identificação: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Declaro que, em __/__/__, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado **O uso de medicamentos pela pessoa idosa**, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do estudo acima citados.

_____, _____ de _____ de _____.
(local e data)

Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado

APÊNDICE D - FAMÍLIAS E CÓDIGOS GERADOS COM SUPORTE DO ATLAS TI

Figura 7 – Lista de famílias e códigos (Atlas ti, 2015)

Code Manager [HU: Teseluciano2]

Codes Edit Miscellaneous Output View

Search (Name)

Famílias

Show All Codes

*Cuidando de uma situação de saúde/doença e d
 *Buscando estratégias para lidar com o uso de me
 *Conciliando o uso de medicamentos, chás, reméd
 *Controlando uma situação de saúde/doença e de
 *Desistindo de usar os remédios (8)
 *Interagindo com a rede de apoio (profissionais, a
 *Lidando com as formas de aquisição dos medicam
 *Necessitando de mudança no tratamento medicam
 *Percebendo os efeitos bons e ruins dos medicam
 *Seguindo o tratamento medicamentoso (10)
 >> A saúde e a fé em Deus (12)
 >> Busca por benzedinhas (7)
 >> Chás: O não uso de chás (10)
 >> Como me sinto ao usar os remédios (9)
 >> Como usar os remédios (8)
 >> Os profissionais e os medicamentos (24)
 >> Pessoas que participam do cuidado à saúde (19)
 >> Remédios - como adquirir (3)
 >> Remédios caseiros (8)
 >> Usar remédios - Sentido e significado (8)
 >> Uso de chás (8)
 Avaliação dos serviços (4)
 Cuidar da saúde (61)
 Hábitos de vida: alimentação e atividade física (55)
 Percepção de saúde (64)

A cirurgia na ... A cura de reza... A dose do me... A gente se trat... A glicose estav... A minha Nora... A nutricionista... A rezeira cur...
 Adoece e pen... Alguns não te... apareceu um ... apareceu o e... As coisas tem... Às vezes, quan... Busca pelo ho...
 Busco pelo ser... Cada médico ... Caracterizand... Chás - signific... Chás: Assumir... Chás: Como a... Chás: como pr...
 Chás: Porque... Chás: qualifica... Chás: Quando... Como guardar... Como me org... Como me sint... Como usar o...
 Comparando ... Confiando em... Considerando ... Controle e des... Cuidados no u... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde...
 Cuidar da saúde... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde... Cuidar da saúde...
 Depois de velh... Depressão é a... Descuidando ... Deu diabetes... Diabetes e um ... Disseram que... Efeitos bons ... Efeitos ruins ...
 Entendendo a... Entendendo a... Esse medicam... Esse remédio é... Estou melhor... Estou melhor...
 Entendo melhor... Estou melhor... Estou na men... Estou na velhi... Eu não posso... Eu não sinto... Eu nunca sinto...
 Eu sempre est... Exames: o pro... Exames: Repet... Exames: Vou... É bom (p para... Faco o que o... Fé em Deus: A...
 Fé em Deus: A... Fé em Deus: C... Fé em Deus: C... Fé em Deus: C... Fé em Deus: E... Fé em Deus: G... Fé em Deus: J...
 Fé em Deus: M... Fico tonto, nã... Fiz exame: est... Fiz exame: mal... Fiz exames: de... Fiz exames: est... Fiz muitas ciru...
 Fiz um exame... Fiz uma cirurgi... Fiz uma viagem... Fui a rezeira... Fumar não me... Gente velha pr... Gestei do méd... Gosto de prev...
 Já morreram p... Me comparo a... Me sentia mal... Me sinto bem ... Melhorava de... Minha filha é... Minha pressão... Minha pressão...
 Minha pressão... Minha saúde e... Minha saúde n... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde...
 Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde... Minha saúde...
 Minha saúde... Modo de usar... Motivo de bus... Motivo de bus... Não faço (ativo... Não faço trata... Não fiz tratam...
 Não posso para... Não quis fazer... Não sabia que... Não sinto dor... Não sou hipert... Não tomo im... Necessidade é... Necessitando...
 Ninguém me... Ninguém na f... Não dia que de... Nós não temo... Nunca falei (p... O agente de sa... O cardiologist... O enfermeiro f...
 O meu cansaç... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss...
 O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss...
 O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss...
 O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss... O médico diss...

A gente precisa do remédio porque sem ele não posso viver. Ficaria acamada mesmo.
 Usar remédios: Não quero ficar sem o remédio.
 Significado - uso de remédios: Tomo (tomazepam) há mais de trinta anos. Estou acostumado, não posso parar. Tem que continuar.
 Significado - Usar remédios: Não posso parar, preciso do remédio pra viver

608 Codes [1] Não posso parar, preciso do ref All

**APÊNDICE E - LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS PELOS
IDOSOS, DE ACORDO COM A CLASSE FARMACOLÓGICA E
FINALIDADE DO TRATAMENTO**

Quadro 6 – Medicamentos citados pelos idosos, de acordo com a classe farmacológica e finalidade do tratamento. Santa Cruz, RN, 2015

Classe	Medicamentos (Nº de idosos em uso)	Finalidade
Diurético tiazídico	Hidroclorotiazida (11)	Tratamento de doenças cardiovasculares 43
Diurético depletor de potássio	Furosemida (1)	
Antagonista dos receptores de angiotensina II	Losartana (9)	
Antiagregante plaquetário	AAS (5)	
Beta bloqueador	Atenolol (5), Propanolol (1)	
Bloqueador dos canais de cálcio	Anlodipina (2)	
Inibidor da ECA	Enalapril (2), Captopril (3), Lisinopril (1)	
Antilipêmico	Sinvastatina (6)	
Fração Flavonóide Purificada Micronizada (tratamento de doença venosa)	Diosmina+Hesperidina (2)	
Anticoagulante	Heparina/Cumarina (1)	
Hipoglicemiante oral	Glibenclamida (4) Metformina (9)	Tratamento da Diabetes Mellitus 15
Antidiabético	Insulina (2)	
Hormônio tireoidiano	Levotiroxina sódica (1)	Tratamento hormonal

Controle da hiperplasia prostática	Finasterida (1)	2
Benzodiazepínico	Lorazepam (1), Clonazepam (1), Bromazepam (1), Cloxazolam (1)	Psicotrópicos 5
Antidepressivo	Amitriptilina (1)	
AINE	Piroxicam (1) Nimesulida (2), Diclofenaco+Paracetamol(1), Dipirona (1), Paracetamol (1), Ibuprofeno (1)	Antiinflamatórios (AINEs e corticóide) 14
Corticosteroide	Triancinolona (1), Betametasona (1), Budesonida+Formoterol (1), Dexametasona (1)	
Broncodilatador, mucolítico	Salbutamol (1) Bromexina (1)	
Laxativo	Óleo mineral(1), Biscacodil(1)	Drogas de ação gastrointestinal 12
Antiespasmódico	Hioscina (3)	
Antiemético	Metoclopramida (1), Cinarizina* (1)	
Antifisético	Dimeticona (3)	
Inibidor da bomba de prótons	Omeprazol (2), Pantoprazol (1)	
Antimicrobiano	Sulfametoxazol+Trimetoprim(1), Albendazol+Secnidazol (1), Fluconazol (1), Cefalexina (1)	
Inibidor da reabsorção óssea	Alendronato de sódio (3)	Outros 12
Antineoplásico	Tamoxifeno (1)	
Relaxante muscular	Ciclobenzaprina (1)	
Tratamento da hiperfosfatemia	Cloridrato de Sevelâmer (1)	

Estimulante da eritropoese	Eritropoetina (1)	
Suplementos	Cálcio (2), Ácido fólico (2), Noripurum (1)	
Fitoterápico	Ômega 3 (1), Glycine Max(1)	Fitoterápicos 2

*Efeito antiemético por ser um anticinético, usado no tratamento da labirintite.

APÊNDICE F - LISTA DE REMÉDIOS CASEIROS CITADOS PELOS IDOSOS PARTICIPANTES

Quadro 7 – Remédios caseiros citados pelos idosos. Santa Cruz, RN, 2015

Participante	Remédio caseiro
SMC01	Suco de Hortelã, alface e limão. Aprendeu em um programa de televisão, mas não sabe a função.
	Chá de Quebra pedra para prevenir cálculo renal.
	Suco de None com uva. Aprendeu a receita com os vizinhos e afirma que serve para tudo.
	Semente de jerimum triturada e torrada para tratar verminose. Aprendeu a receita em um livro sobre medicina caseira.
	Castanha do Pará. Ingere 1 unidade por dia, mas não refere a função. Aprendeu em livro sobre medicina caseira.
	Chá de cidreira, que aprendeu com a mãe que serve para se sentir confortável.
	Mastruz processado com leite ou apenas a folha para mascar. Serve para gripes e resfriados e aprendeu a receita com a mãe.
	Chá de Hortelã para tratar gripes e resfriados, o que também aprendeu com a mãe.
GAO02	Chá de Alecrim para tratar picos hipertensivos. Aprendeu com uma tia que também era hipertensa.
	Chá de Capim santo para insônia. Aprendeu com a endocrinologista.
	Chá de Folha de laranja para insônia. Aprendeu com a endocrinologista.
	“Água de Chuchu” para tratar picos hipertensivos. Aprendeu com uma vizinha.
JOP03	Chá de erva cidreira. Não utiliza como remédio, apenas faz parte da alimentação.
ERS04	Chá de erva cidreira. Cólica abdominal. Só usa quando sente alguma cólica abdominal
	Chá de capim Santo. Não sabe. No dia de Ramos, leva o capim santo para o padre benzer.

GRS05	Não usa
FJMS06	Folha da graviola com hortelã miúdo. Usa todos os dias porque as pessoas dizem que “evita o câncer”. Coloca as folhas dentro de um recipiente com água.
FCN07	Hortelã da folha fina. Verminose (especifica ameiba). Bate no liquidificador junto com mel e côa.
	Chá de Alecrim para controle da PA.
	Chá de endro para controle da PA.
	Chá de malva rosa para problemas cardiovasculares.
MLSF08	Chá de Boldo e hortelã para quando sente desconforto abdominal. Aprendeu com as avós e a mãe.
GF09	Chá de Boldo e hortelã para quando sente desconforto abdominal. A esposa prepara e ele utiliza quando julga necessário.
MSF10	Farinha com a casca da jabuticaba para controle da diabetes. Aprendeu assistindo um programa de televisão.
	Chá com a casca da aroeira para controle da diabetes. Aprendeu “com as pessoas do sítio”
	Chá de capim santo para controle da diabetes. Aprendeu “com as pessoas do sítio”.
	Suco de none com uva para controle da diabetes. Aprendeu “com as pessoas do sítio”.
	Tomou uma AAS com leite morno. Disse que depois de uma oração recebeu uma orientação espiritual para fazer isso e, segundo a mãe, a preveniu um derrame.
MFSS11	Não usa
MFJ12	Suco de couve, para tomar antes do café. Aprendeu com uma vizinha e com o genro que esse remédio é “bom para os ossos”.
	Chá de boldo para desconforto abdominal. Aprendeu com uma amiga.
	Chá de alecrim para desconforto abdominal. Aprendeu com uma amiga.
MNSL13	Chá de camomila. Não especifica a função ou com quem aprendeu.

MSSC14	Chá verde, de erva doce e de canela. Menciona conhecê-los, mas afirma não fazer uso.
IISA15	Chá de cidreira para desconforto abdominal.
MGS16	Chá de camomila para insônia
	Chá de boldo para desconforto abdominal
IVN17	Chá preto e cidreira. Menciona conhecê-los, mas afirma não fazer uso.
RPR18	Chá de boldo para desconforto abdominal
	Chá de camomila para lavar os olhos. Aprendeu com o oftalmologista.
MADC19	Não usa
MFC20	Chá preto quando sente câimbras. Aprendeu com um amigo.
FRLS21	Xarope (“lambedor”) de Mangará de banana com hortelã da folha grossa para tratar gripes. Aprendeu com a mãe, mas afirma não usar mais por já ter feito radioterapia.
	Raiz de Manjrioba embebida em água. Usada para tratar “dores de mulher” (cólica menstrual). Refere uso anterior, quando jovem.
JBP22	Chá de camomila, utilizado por ela com duas funções: uso oral para controle da PA; já usou como compressa nos membros inferiores para tratar erisipela.
	Chá de cidreira. Não especificou função ou com quem aprendeu.
MMFL23	Chá de quebra pedra para tratar infecção. Refere mas afirma que não chegou a usar.
GJL24	Cascas de barba timão embebidas em água. Aprendeu com um amigo que essa receita “cura tudo”.
MSA25	Suco de Beterraba com cenoura, mamão e hortelã, para regular o hábito intestinal. Utiliza diariamente pela manhã; não refere quem lhe ensinou.
	Chá de erva doce. Não especificou função ou com quem aprendeu.
JRB26	Não usa
MLFS27	Não usa
MRM28	Chá de Sete dores para cólica abdominal e má

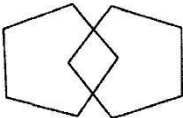
	digestão. Não refere com quem aprendeu.
RB29	Chá de boldo para cólica abdominal e má digestão. Não refere com quem aprendeu.
JPS30	Ovo cozido com sal, quando sente que a pressão está baixa. Não refere com quem aprendeu.

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1.Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2.Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3.Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4.Cálculo (0-5 pontos)	O (a) senhor (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (Total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1

6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre dois objetos (um relógio e uma caneta) e para ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	“Nem aqui, nem ali, nem lá”	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita; Dobre-o ao meio; Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	Feche os olhos	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho		1

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2006a).

Classificação conforme Caderno de Atenção Básica nº 19 (BRASIL, 2006a):

Pessoas não alfabetizadas: 19 pontos.

Pessoas que tenham de 1 a 3 anos de escolaridade: 24 pontos.

Pessoas com sete anos ou mais de escolaridade: 28 pontos.

Pontuação máxima: 30 pontos.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso de medicamentos pela pessoa idosa

Pesquisador: Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20186113.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 426.573

Data da Relatoria: 14/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata o processo de um projeto de Tese de Doutorado vinculado à Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Profa Drª Sílvia M. Azevedo dos Santos, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (UFSC).

Trata o projeto de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que será realizada em no município de Santa Cruz (RN) abordando o tema do uso de medicamentos em Idosos, uma prática comum nesse grupo etário e que, a depender da forma como é vivenciada, pode acarretar sérias complicações para o indivíduo e sua família. Nesse contexto, esta investigação se propõe a buscar respostas para a seguinte questão de pesquisa: "como o idoso residente na comunidade compreende e significa o uso do tratamento medicamentoso?". A tese que fundamenta esse questionamento é: O idoso costuma fazer uso de diversos medicamentos e busca estratégias para conviver com esse tratamento de acordo com sua compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde e com base em suas práticas socioculturais de cuidado a saúde/doença

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado que o idoso, residente em área adscrita a Estratégia Saúde da Família

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 426.573

no município de Santa Cruz/RN, atribui ao uso dos medicamentos.

Objetivos Secundários:

- Identificar o tratamento medicamentoso utilizado pelos idosos pesquisados.
- Averiguar o uso concomitante de outros tratamentos realizados pelos idosos pesquisados.
- Conhecer o significado do uso de medicamentos para os idosos pesquisados.
- Identificar as orientações recebidas pelos idosos quanto ao tratamento medicamentoso

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora inclui os seguintes riscos e benefícios

Riscos:

Os procedimentos realizados terão risco mínimo à vida e saúde do participante. Caso o participante se sinta desconfortável em algum momento, a entrevista será interrompida e, além disso, nos responsabilizaremos em oferecer todo o suporte necessário para garantir o bem estar do idoso. Para evitar o risco de quebra do sigilo faremos a entrevista individualmente, em ambiente privado, no qual só permanecerá o sujeito participante e a

pesquisadora responsável pela coleta de dados.

Benefícios:

Com esse estudo, almejamos entender o significado que o idoso atribui ao uso de medicamentos, bem como compreender o modo como ele lida com essa situação de saúde. Sabendo que se trata de uma situação corriqueira entre as pessoas que envelhecem, ao apresentar a forma como os idosos pesquisados se organizam e conduzem suas vidas, esse estudo poderá apontar um caminho de possibilidades para outros idosos que vivenciam essa mesma prática em seu dia a dia. Acreditamos que o conhecimento a ser gerado poderá contribuir com o modo pelo qual o enfermeiro conduz o cuidado ao idoso na atenção básica. Atualmente, os enfermeiros da ESF contam com as orientações do Ministério da Saúde através dos cadernos de atenção básica e, em alguns casos, utilizam protocolos de atenção ao idoso, geralmente elaborados pelos órgãos municipais e estaduais de saúde. Desse modo, buscando também contribuir para a atuação desse profissional, os achados desta pesquisa fornecerão mais subsídios para nortear essa prática na atenção básica e o exercício do enfermeiro nesse contexto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: ccep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 428.573

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram submetidos todos os documentos solicitados, inclusive aqueles revisados e alterados para atender as solicitações feitas anteriormente

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base no exposto anteriormente, voto pela aprovação do projeto sob análise

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 16 de Outubro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br