

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1988, e desenvolvido sobre os pilares da universalização, descentralização e da integralização da assistência, visa reduzir a distância ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira.

O modelo assistencial de saúde predominante no país concretiza-se pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo, pela utilização muitas vezes inadequada dos recursos tecnológicos e com baixa resolutividade, o que gera alto grau de insatisfação para os integrantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde assumiu, desde 1991, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como transitório à formatação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), considerado o eixo estruturante na atenção básica de saúde. Esse programa reorienta o modelo assistencial, na medida em que focaliza a família e o respeito a seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde uma compreensão do processo saúde – doença, que permite intervenções para além das práticas curativas.

O programa PSF ainda valoriza os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento nas ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros. Propõe-se, ainda, a humanizar as práticas de saúde, na busca em satisfazer o usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito à cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

A enfermagem sempre foi a categoria profissional que objetivou a interação entre a comunidade e os serviços de saúde, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta de atenção à saúde.

A estratégia de Saúde da Família, por ser um projeto estruturante, deve provocar transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica a ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, assim como entre as práticas educacionais e assistenciais.

No documento ministerial do PSF, estão definidas as atribuições da equipe e das categorias que a compõem. A análise do documento permite afirmar que a proposta é de atenção à comunidade, uma vez que objetiva a assistir ao ser humano como um todo. Não divide o curativo e o preventivo; a ênfase é a prevenção, por meio de ações educativas e a democratização do saber (BRASIL, 1996 a).

“O enfermeiro é um profissional, obrigatoriamente, integrante da equipe de trabalho do PSF, com atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando, permanentemente, cuidados e promovendo aspectos de educação” (BRASIL, 1996 a, p.18). Assim, revela-se a exigência de um profissional comprometido em assumir múltiplos papéis - de educador, de prestador de cuidados, consultor - sujeito a constantes solicitações e transformações da sua prática, inserida nas constantes mudanças que ocorrem no seu espaço de trabalho.

Atuo há 33 meses como enfermeira de saúde pública e participante do Programa Saúde da Família (PSF) na cidade de Ponta Grossa/Paraná. No decorrer dessa trajetória desempenhei funções assistenciais, administrativas e educativas, mantendo relacionamento com a equipe de trabalho, clientes, família e comunidade.

Apesar de o atendimento domiciliar ser o “carro chefe do programa PSF”, e, através dele fazer-se necessário interagir com o usuário, sua família e com o meio em que está inserido, nem todas as unidades integrantes do PSF priorizam esse atendimento domiciliar, seja por falta de recursos materiais, humanos, seja pela carência de treinamento ou conscientização dos profissionais integrantes da equipe sobre a importância da interação equipe de saúde, família e comunidade.

A Unidade de Saúde, na qual trabalho, está localizada na vila Borsato, possui duas equipes PSF e atende a uma população de doze mil usuários aproximadamente,

moradores dos seguintes bairros: Borsato, Jardim Pontagrossense, São Marcos, Vila Néri, Quero-Quero, Castanheiras, Jardim Centenário, Cinto Verde e Cachoeira.

Dentro desta área de abrangência trabalham quinze (15) Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), responsáveis por quinze (15) microáreas, que totalizam um universo de aproximadamente nove mil (9000) pessoas, dentre as quais, segundo os cadastros de ficha A familiar, vivem quatrocentos (400) idosos aproximadamente, em sua grande maioria portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes.

Na interação com os usuários idosos da Unidade de Saúde PSF, constatei de início, por meio de observações empíricas, a inadequada adesão ao tratamento medicamentoso. Dos muitos problemas relativos à medicação, observa-se a dificuldade de compreensão, por parte dos idosos, nas informações fornecidas pelos profissionais acerca do tratamento medicamentoso, porquanto revelavam a continuidade do problema de saúde e até mesmo a cronicidade da doença.

Na unidade de saúde da Vila Borsato, a cada dez (10) receitas dispensadas, uma média de quatro (4) são dos pacientes que apresentaram algum dos problemas citados acima. Esta situação estimulou-me a traçar um perfil da população idosa da Unidade de Saúde e o uso da terapêutica medicamentosa. A pesquisa apontou vários problemas, dentre os quais exponho:

Predominância do sexo feminino 30 (67%); quanto à escolaridade 20 (44,4%) cursaram a 1ª à 4ª série; no que se refere aos medicamentos mais utilizados pelos idosos, 24 (53,3%) utilizavam anti-hipertensivos, 10 (22,2%) diuréticos; dentre os motivos que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso temos o uso de várias medicações concomitantemente com 15 (33,3%) idosos; apresentavam efeitos colaterais intensos 10 (22,2%) idosos; não sabiam ler 10 (22,2%) idosos; abandonaram o tratamento 8 (17,7%) idosos; mudaram por conta própria a medicação 6 (13,3%) idosos; não entenderam a explicação da medicação pela equipe de enfermagem 5 (11,1%) idosos; não entenderam a prescrição médica 5 (11,1%) idosos; possuem problemas auditivos e visuais 4 (8,8%) idosos; sentem-se bem e não acham necessário o uso da medicação 3 (6,6%) idosos; crença religiosa 3 (6,6%) idosos (BLANSKI & LENARDT, 2004).

Após a coleta de dados, inúmeras reflexões foram feitas, a fim de se repensar na reformulação de propostas que viabilizassem uma melhoria do atendimento e das orientações aos idosos referente aos medicamentos, tendo como foco principal aqueles com dificuldades auditivas, visuais, analfabetos e os que moram sozinhos.

Para tanto, no presente estudo, apresento como questão norteadora: **qual o entendimento que os idosos têm referente aos cuidados de si com a terapêutica medicamentosa?**

Com o pressuposto de que o idoso tem dificuldades de entendimento e compreensão dos fármacos, de posse da pesquisa que revelou os vários problemas apresentados pelos idosos, das bibliografias alusivas ao assunto e associadas à minha prática profissional, pude perceber a necessidade de valorizar e intensificar as informações para esse grupo etário devido às implicações decorrentes do uso inadequado de terapêutica medicamentosa.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

GERAL

Desenvolver ações educativas transformadoras do cuidado de si dos idosos concernentes à terapêutica medicamentosa.

ESPECÍFICOS

Identificar fatores facilitadores em relação à interpretação do receituário de medicamento preenchido pelo médico e o entendimento das orientações médicas e da enfermagem;

Propor plano de ação com os idosos, alicerçado nos resultados das oficinas com essa clientela, para o seu adequado atendimento referente às orientações com a terapêutica medicamentosa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresento a seguir um panorama do referencial teórico que contempla aspectos da história da medicação, do envelhecimento, da terapêutica medicamentosa do idoso e a importância da educação em saúde como fator de melhoria da qualidade da assistência.

3.1 HISTÓRIA DA MEDICAÇÃO

Em uma breve retrospectiva histórica sobre o uso da medicação é possível perceber que a droga se fez presente no cotidiano do homem desde a primeira notícia de sua existência. Nos primórdios da civilização nota-se que a cura e a proteção divina andavam de mãos dadas, pois já em povos antigos, plantas psicoativas como o ópio, a coca, a maconha eram utilizadas em larga escala e estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, sociais, entre outros.

Segundo VALLE (1988, p.4), Hermes Trimegisto, deus das civilizações do antigo Egito, ao mesmo tempo ministro da ciência e da religião, passa a ser o fundador da Alquimia. Existiam nos templos egípcios verdadeiros laboratórios de preparações medicamentosas, o culto aos mortos, os ofícios a Osíris, a conservação de cadáveres, o que contribuía para o conhecimento das essências, dos óleos e substâncias que impedissem a putrefação.

Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, que fez a descrição de inúmeras doenças, considerava a saúde e moléstia fatores independentes de forças sobrenaturais, aconselhando sempre a natureza como guia na escolha dos remédios. Thales tinha a água como princípio gerador de todas as coisas, para Heráclito era o fogo, para Empédocles era a água, o fogo, o ar e a terra, daí a umidade, o aquecimento, o resfriamento e a dessecação que, conforme as proporções, explicavam as propriedades das substâncias e das drogas.

A história da medicação tem notável desenvolvimento com Cláudio Galeno, nascido em Pérgamo, cidade grega em 135 d.C. Em suas numerosas viagens pela Ásia

Menor, colecionou e descreveu muitos medicamentos e fórmulas, cujos métodos de preparação originaram a farmácia Galênica, na qual houve extraordinário desenvolvimento no que diz respeito à Arte de Curar. Nessa época, apareceram as teriagas, que são, segundo VALLE (1988, p. 4), “remédios de composição complexa preconizados na mordedura de animais venenosos e outros tratamentos”. Com o desenvolvimento das preparações medicamentosas, os conhecimentos sobre venenos e os antídotos foram se aperfeiçoando.

Apesar dos progressos advindos dos trabalhos de Galeno, a exemplo dos antigos egípcios que utilizavam os excrementos de cães e a urina humana, a Terapêutica no fim do Império Romano mal merecia esse nome, tal o número de remédios inadequados ou sem sentido que receitavam. Ocorria o preparo de fórmulas associadas a praticas cabalísticas.

Com os árabes, muitas portas se abriram no ramo da Farmacologia, com o surgimento, por exemplo, dos purgativos vegetais, o sene e tamarindo, o álcool, os xaropes e um bom número de corpos aromáticos.

Na Idade Média, a Escola de Salerno exerceu influência notória no ensino da Medicina, pois dela saiu o herbário, coleções de remédios contra todas as doenças (VALLE 1988, p. 4).

Paracelso, nascido em 1493, professor de medicina, preconizava o emprego de grande número de medicamentos químicos e foi o introdutor do mercúrio no tratamento da sífilis e da tintura de ópio em Terapêutica.

No século XVI, julgava-se que as moléstias apareciam exatamente onde houvesse o seu remédio específico. Assim, o tabaco passou a ser usado pelos europeus e, entre as plantas de notável efeito biológico, surgem as folhas de coca mascadas pelos índios do Peru em suas caminhadas. Inicia-se nessa época o uso de bebidas estimulantes nos diversos lugares do mundo, como o café na Arábia, o chá na Índia, as sementes de cola na África, o guaraná no Amazonas e o mate no Paraguai, todas agindo como estimulantes dos centros nervosos, melhorando o trabalho muscular e o retardamento da sensação de fadiga.

Na modernidade, no cenário das grandes conquistas de terras através da navegação, a droga se apresenta como facilitadora para o domínio dos povos nativos e como fonte de enriquecimento para o conquistador.

Em 1796, tentava-se revolucionar a Terapêutica fundando a doutrina homeopática. No alvorecer do século XIX, Magendie, Haller, Bichat, Spallanzani, após as grandes descobertas da anatomia, lançavam as bases da Fisiologia, cujos métodos foram logo utilizados no estudo das ações dos medicamentos. Observa-se nessa época o abuso do ópio sob a forma medicinal.

Com o progresso da ciência e seu aperfeiçoamento, as drogas que a princípio se apresentavam na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório foram transformadas e passaram a produzir outras, artificialmente: as drogas sintéticas.

Em 1837, foram lançadas as anfetaminas, conhecidas pela sua capacidade de revigorar as energias e elevar o estado de humor, muito utilizada na Segunda Grande Guerra pelos soldados para combater a fome, fadiga e o sono; também a morfina, uma potente droga analgésica, com a descoberta simultânea da seringa, foi utilizada em larga escala, inicialmente por razões terapêuticas e logo depois, por dependência.

Em 1924, estimava-se a existência de 100 mil usuários de drogas. Entretanto, como os trabalhos científicos eram escassos, a opinião pública mostrava-se alheia ou indiferente ao fato, até mesmo pela falta de informação, e as autoridades não sabiam como agir nesta situação.

Nos anos 50, a utilização de drogas sintéticas com efeitos tranqüilizantes, como as Benzodiazepinas, acentuou-se. Várias situações de doenças eram tratadas com esses calmantes, que funcionavam como tranqüilizante e permitiam um sono tranqüilo. O uso de calmante tornou-se uma prática costumeira de todas as classes sociais, estando inserida na cultura da medicação.

Com o movimento hippie, a juventude transforma-se em um grupo com proposta revolucionária de radicalizar os valores incorporados pela sociedade capitalista. Buscando criar um mundo alternativo e uma nova forma de pensar, sentir e perceber a realidade, utilizavam as drogas que tinham o poder de alterar o estado de

consciência, possibilitando uma nova forma de aproximação da realidade. Nessa fase o uso de solventes orgânicos torna-se prática nos EUA e no Brasil a partir dos anos 70.

Atualmente, afirma SECOLI (2001, p.28), “no mercado nacional existem cerca de 1.500 fármacos com aproximadamente 5.000 nomes comerciais, apresentados sob cerca de 20.000 formas farmacêuticas e embalagens diferentes”. Diante da vasta possibilidade de inúmeras marcas e dos tão utilizados genéricos, enfim, de tanta tecnologia, pode-se pensar que grandiosos são os benefícios proporcionados por tais medicações. No entanto, junto com as vantagens das possibilidades terapêuticas surge o risco do efeito indesejado, interações medicamentosas e abandono do tratamento devido à escassez de informações acerca dos medicamentos.

3.2 A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E O IDOSO

Para Erick apud PACHECO (1997, p.80), “a vida do homem move-se ao redor de uma série de idades que ele chama de as oito idades do homem, sendo que cada uma faz parte das unidades temporais da vida humana, da infância à velhice. O desenvolvimento do homem é traçado através de uma curva ascendente que marca seus ciclos de vida, da primeira fase, início da vida, até a oitava, a velhice”. O autor afirma ainda que a virtude básica da velhice é a sabedoria, pois representa uma etapa em que se manifesta o conhecimento pelas experiências vividas. Pode-se afirmar então que a velhice é o resultado da curva de vida do homem.

Para SANTOS (2000, p.77), o envelhecimento significa:

Um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de interesse. O envelhecimento biológico pode ser definido como um processo contínuo que apresenta diferenciações de um ser humano para outro e até no mesmo ser humano, quando alguns órgãos envelhecem mais que os outros. Já o envelhecimento social ocorre de modos diferentes em culturas diversas e está condicionado à capacidade de produção, tendo a aposentadoria como seu referencial mais marcante. Temos o envelhecimento intelectual que começa a acontecer quando o idoso apresenta falhas na memória, dificuldade de atenção na orientação e concentração, enfim, modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. Finalmente o envelhecimento funcional quando começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas do dia-a-dia.

Para alguns autores o envelhecimento pode ser definido como um fato geneticamente determinado, modulado pelo ambiente e evento dependente. Concordo

com PRATES (1997, p.7) quando afirma que “o envelhecimento é universal, afeta cada indivíduo e família, comunidade e sociedade”. Após a leitura de textos referentes ao processo de envelhecimento, pode-se dizer que é um processo natural e dinâmico e, portanto, não deve ser considerado como uma doença. Enquanto que o envelhecimento é inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que frequentemente acompanham este processo podem ser prevenidas ou retardadas, não somente por intervenções médicas, mas econômicas, sociais e ambientais.

Atualmente, existem estudos nas áreas da saúde, educação, economia e política, além de inúmeras propostas interdisciplinares que remetem a várias reflexões e propostas que estimulem mudanças na sistemática do atendimento aos idosos.

Para realizar um trabalho de atenção à saúde do idoso, BERGER (1995, p.3) destaca alguns princípios fundamentais, como “maturidade e capacidade de adaptação, empatia e sensibilidade, amor pelos outros, objetividade e espírito crítico, sentido social e comunitário, flexibilidade e polivalência, a criatividade entre outros”.

O idoso, segundo a Lei nº 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996 b, p.12277), “é aquele que possui mais de 60 anos”, embora alguns autores entendam que o marco de 65 anos deva ser o mais aceito, pois representa a idade a partir da qual aumentam a incidência de problemas, tais como diminuição da acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, osteoporose, problemas de quedas, demência, depressão, isolamento, entre outros. Apesar de fundamentada, essa definição é pouco enriquecedora para se pensarem as questões das práticas sociais na saúde, já que o idoso não pode ser definido somente pelo plano cronológico, mas por outras condições funcionais, biológicas, mentais e de saúde que podem influenciar diretamente no envelhecimento do ser humano.

Na perspectiva social, é de conhecimento dos profissionais e de muitas pessoas que, os idosos sofrem de exclusão social por indivíduos de outra faixa etária, pelo isolamento em instituições que prestam cuidados mínimos e ainda pela diminuição de suas atividades de trabalho, o que faz refletir que os cuidados de saúde com qualidade e dignidade, favorecendo o direito à cidadania e promovendo uma

melhor qualidade de vida, devem ser praticados, incentivando o desenvolvimento das potencialidades, criatividade e crescimento pessoal do idoso.

Ao fazer uma retrospectiva histórica sobre o tema idoso, CARVALHO & PEREIRA (2001, p.9) dizem o seguinte:

Na cultura grega, os idosos eram considerados importantes detentores de sabedoria e capacidade de orientação, integrando conselhos de natureza política, então denominado Conselhos de Anciões. Alguns livros, considerados sagrados, como a Bíblia e o Alcorão, contêm referências às pessoas idosas exercendo atividades de cunho político, filosófico, cultural e religioso. Na Idade Média as pessoas mais velhas, abandonadas e doentes, recebiam atenção de adeptos de instituições religiosas. Posteriormente, com os avanços da Química, Biologia e da Patologia Clínica, a questão do envelhecimento passou a ser pesquisada e desenvolvida no campo científico.

Atualmente em nosso país o idoso ocupa um lugar inferiorizado socialmente, pois, apesar dos representativos avanços a eles contemplados na área científica, o aspecto social ainda deixa a desejar. Para mudar esta realidade, mesmo que seja apenas uma situação micro incitante, faz-se necessário que os profissionais de saúde direcionem cuidados específicos que rejeitem atitudes negativas e que, mesmo para os mais fragilizados, o cuidado esteja baseado na manutenção do cuidado de si e melhor qualidade de vida.

Da promoção da saúde ao conceito de cuidado contínuo e prolongado surgem diversos níveis de responsabilidade social, coletiva e individual. Saber que “idosos consomem aproximadamente 50,0% do total de medicamentos prescritos em países desenvolvidos, sendo a média de 2 a 3 fármacos por idosos vivendo em qualquer tipo de instituição” (Caird et al apud GORZONI, 1995, p.81), sem que isto corresponda à qualidade assistencial e tampouco à qualidade de vida é um dado de importante reflexão. Verificar que os idosos têm baixo acesso a informações que lhes permitam gerenciar seu cotidiano para redução de risco e para a melhoria da qualidade de vida demonstra a necessidade de um processo educativo que facilite e auxilie este usuário em sua terapia medicamentosa.

A adesão à terapêutica medicamentosa, tem sido discutida e estudada, por se tratar de um ponto fundamental para a efetividade de um tratamento ou resolatividade dos problemas de saúde apresentados. O conceito de adesão ainda é muito discutido por vários autores. Para LEITE & VASCONCELLOS (2003, p.2), o termo adesão

significa “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos”.

Quanto aos idosos, a sua adesão aos medicamentos prescritos constitui uma preocupação no campo da saúde pública, dada a possível ocorrência de reações adversas num organismo mais frágil, assim como a intoxicação medicamentosa, a cronicidade dos problemas de saúde apresentados e a iatrogenia. O não cumprimento adequado das prescrições tem inúmeras consequências negativas, se tornando risco para a saúde do idoso ou ainda, representando ônus econômico decorrente da necessidade de internação ou do período maior de sua duração.

De acordo com a pesquisa de TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998, p.5) sobre o grau de cumprimento das prescrições médicas, tem-se que:

37,5% dos idosos afirmam que cumprem dependendo do que sentem; quanto à questão referente ao abandono da prescrição é bastante preocupante, pois, 45,9% deles interromperam por conta própria ou sugestão de outros. 62,5% dos idosos não seguiram a prescrição após os sintomas terem desaparecidos. Ainda, segundo o autor, a ingestão de vários medicamentos ao dia é um problema para 100% deles; os idosos acham complicado a prescrição por tempo prolongado: 41,7% deles relatam abandonar tratamento. No que diz respeito à dose prescrita, 33,3% relatam tomar dose menor e por conta própria, quanto o suporte familiar: 75% dos idosos contam com ajuda de alguém para tomar o medicamento.

Essa pesquisa demonstra a necessidade de valorização e intensificação das informações aos idosos, devido às implicações decorrentes do uso inadequado de medicamentos prescritos. Nesse sentido, temos a importância do profissional de saúde para adesão da terapêutica medicamentosa. Para TEIXEIRA, PAIVA & SHIMMA (2000, p.4), “um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico”.

Os idosos são, possivelmente, o grupo etário que mais usa medicamentos na sociedade, devido ao aumento de prevalência de doenças crônicas que ocorrem com o avançar da idade. Segundo MONSEGUI, ROZENFELD & VERAS (1999, p.437), “além da utilização de um grande número de especialidades farmacêuticas entre os idosos, há prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos, como: analgésicos, anti-hipertensivos e psicotrópicos; chegam a constituir 50% dos multiusuários”.

Nessa perspectiva, é comum encontrarem-se prescrições de dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, utilização de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica, ou verifica-se a ocorrência freqüente da não adesão ao tratamento pelos motivos apontados nos estudos já referenciados de TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998), citados anteriormente.

Pesquisadores como Anderson e Miller apud TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998, p.6) observaram que “o crescimento da população idosa nos Estados Unidos veio a representar um consumo de 30% de todas as prescrições de medicamentos e 40% de todos os medicamentos de venda livre”.

O crescimento da população idosa evidencia vários problemas relativos à saúde com conseqüente necessidade do uso da terapêutica medicamentosa, o que pode levar, como já dito, a alguns resultados indesejáveis, dentre eles o não seguimento correto da prescrição, interações medicamentosas, efeitos colaterais, agravamento dos problemas apresentados, intoxicação e outras. Assim como:

A prescrição simultânea de vários medicamentos e a subsequente administração é uma prática comum utilizada em esquemas terapêuticos clássicos, com a finalidade de melhorar a eficácia dos medicamentos, reduzir a toxicidade, ou tratar doenças co-existent, esta estratégia é denominada polifarmácia e merece atenção especial, pois medicamentos são substâncias químicas que podem interagir entre si e desencadear respostas indesejadas ou iatrogênicas (SECOLI, 2001, p.28).

Nesse contexto, faz-se necessário o enfermeiro refletir a respeito da forma como as informações são repassadas e a acuidade da recepção dos idosos dessas informações, todas elas com repercussão no acesso à terapêutica medicamentosa.

Para BALLONE (2002, p.3), “no idoso a elevada prevalência de polimedicação está associada ao número de diagnósticos médicos presentes, ou seja, quanto maior o número de problemas identificados, maior a lista de prescrições. Isto pode ser confirmado pela pesquisa de ALMEIDA, RATTO & TAMAI (1999, p.153) , que observam que “são dois os principais grupos de medicamentos utilizados por idosos: cardiovasculares 32% e neuropsiquiátricos 24%. Dentre os diagnósticos clínicos mais freqüentes nos idosos em uso de medicação aparecem doenças cardiovasculares 41,8%; diabetes 10,9%; transtornos neurológicos 8,7% e neoplasias 4,9%”.

No Brasil, foi possível descrever o uso inadequado de medicamentos pelos estudos de MONSEGUI, ROZENFELD & VERAS (1999, p.437), que “pesquisaram 634 mulheres da terceira idade, a média do número de medicamentos consumidos foi de 4,0 medicamentos/pessoa. A maior parte dos medicamentos utilizados foi prescrita por médicos, sendo o restante indicado por outros meios. Cerca de 17% dos medicamentos podem ser formalmente considerados inadequados para o uso dessas pacientes e 14,1% das mulheres faziam uso de medicações redundantes”.

Considero diante desse estudo, que é elevada a média de medicamentos usados por pessoa e, como citado anteriormente, pode ser um fator causador da não adesão ao tratamento medicamentoso, adicionado pelo fato de que algumas dessas medicações podem ser inadequadas e redundantes, sendo, portanto, um agravante no que diz respeito a reações adversas aos medicamentos e a iatrogenia.

GURWITZ (1994, p.317) ressalta que “diante das distorções na produção, na regulamentação, na prescrição e no uso de medicamentos, não é de estranhar que quase $\frac{1}{4}$ dos idosos receba no mínimo um fármaco impróprio”, demonstrando a inadequação da prescrição e o uso irracional de medicamentos por parte de alguns profissionais da área médica.

Os estudos de POLLOW (1994, p.45) confirmam o exposto por Monseguí: “cerca de 90% dos idosos consomem pelo menos um medicamento e $\frac{1}{3}$ deles cinco ou mais simultaneamente, o qual o uso irracional se traduz em consumo excessivo de produtos supérfluos ou não indicados”.

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis. O aprimoramento da farmacoterapia e da qualidade de assistência depende, entre outras medidas, da atuação no campo da prescrição.

Assim, a terapêutica medicamentosa no idoso deve ser utilizada com cuidado e sensibilidade, principalmente quando não for possível realizar revisões periódicas das prescrições e dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos. Deve-se optar pelo uso de um produto ou uma substância, preferir fármacos de eficácia comprovada, suspender o uso quando possível, verificar a compreensão da prescrição e das

orientações farmacológicas ou não, simplificar esquemas de administração e adequar a linguagem explicativa utilizada para isso, solicitar feed-back para avaliar o entendimento e adesão ao tratamento medicamentoso proposto.

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ÓTICA DE PAULO FREIRE

Em muitos dos serviços de saúde ainda predominam o modelo assistencial à saúde, que privilegia as ações curativas centradas no atendimento médico, segundo uma visão biológica do processo saúde-doença. Para CHIESA & VERÍSSIMO (2001, p. 34) “este modelo assistencial condiciona a prática educativa a ações que visam modificar a maneira de agir dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamento, condutas e mudanças de comportamento. Ainda, quando se propõem atividades chamadas participativas, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras”.

Inúmeras são as situações em que o déficit de conhecimento, por parte da clientela, acarreta muitos problemas relacionados ao abandono de tratamento, uso incorreto de medicações e, ainda, procura excessiva pelos serviços sem a resolutividade dos problemas de saúde.

Nessa perspectiva, pode-se perceber que a assistência à saúde prestada nas instituições de saúde, na maioria das vezes, não possui um caráter educativo emancipador, pois está mais centrada na atenção curativa e no atendimento da chamada “queixa-conduta”. Desta maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde que se limitam à passagem de informações para a população sobre determinadas condutas e procedimentos, em que se percebe um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade de difundir informações que propiciem uma melhora na qualidade de vida (CHIESA & VERÍSSIMO, 2001, p.35).

Outro fator a ser considerado é a interação comunicativa que pode ser prejudicada em função das diferenças sociais e culturais dos profissionais da equipe de saúde e alguns segmentos da população, encontrando uma prática educativa

autoritária, criando distanciamento e barreiras. Como resultado desta prática temos a baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e tratamento e, também, a frustração por parte da equipe de saúde ao perceber que todo o esforço dedicado à população nem sempre produz os frutos desejados.

O trabalho realizado pela equipe de saúde na unidade PSF deve estar embasado em elementos mais significativos para a clientela do que a simples orientação acerca da terapêutica medicamentosa. O cuidado com os idosos e com a medicação deles é, sobretudo, um trabalho de valorização da qualidade de vida, exercício de cidadania e do estabelecimento de uma relação dialógica.

Para FREIRE (2000, p.20), o indivíduo é “mais do que um ser no mundo, se torna presença no mundo, com o mundo e com os outros (...) presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, que compara, avalia, valora, que decide, que rompe”. Para o autor, é mediante a concretização de uma pedagogia humanizadora que os indivíduos se libertam e tornam-se conscientes, possibilitando o desenvolvimento de uma consciência crítica capaz de transformar a realidade, tornando-os sujeitos da práxis. “Práxis que implica na ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (FREIRE, 2003, p.38).

Relação dialógica é o caminho no qual mulheres e homens refletem sobre sua prática e atuam sobre ela para transformá-la por meio da “comunicação, do acordo entre si, da disposição a escutar outras opiniões, na constatação se o que está fazendo é realmente positivo, aceitando que ninguém tem verdade absoluta e que talvez estejamos equivocados” (GADOTTI, 1997, p.720).

Para Freire, o diálogo é um fenômeno humano fundamental, e a linguagem é um veículo para delinear, ajudar, informar, ensinar e construir nossas vidas e nossa identidade. Assim, a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de concretização do processo educativo. Constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e veiculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde, então os conhecimentos técnico-científicos necessários para intervir no processo saúde-doença incluem aqueles relativos à comunicação.

A comunicação para FREIRE (1992, p.42) “é uma situação social em que as pessoas criam conhecimento juntas, ao invés de transmiti-lo. Ela é uma interação entre sujeitos iguais e criativos, devendo estar fundada no diálogo”. Baseada nesta afirmação é que proponho que seja realizada a educação em saúde, mediada pela comunicação e o diálogo, ou seja, um processo de interação.

Segundo CHIESA & VERÍSSIMO (2001, p.36), a comunicação na atenção à saúde é “algo que se constrói, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto”. Nessa perspectiva, os processos educativos baseiam-se em escutar o outro para conhecer suas crenças, seu modo de vida e suas possibilidades, para diante disso poder atuar conjuntamente. O conhecimento recíproco entre o usuário e o profissional de saúde é a base para a comunicação, pois permite à equipe de saúde planejar e orientar ações que atendam às necessidades de saúde do cliente e à concretização das competências profissionais do trabalhador em saúde.

Os autores anteriormente citados apontam pressupostos que orientam o processo de comunicação na abordagem dialógica e emancipatória:

- a) todas as pessoas, inclusive as crianças, têm o direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde;
- b) o objetivo da interação entre os profissionais de saúde e família deve manter ou promover a aquisição de um senso de controle sobre a vida nas experiências do processo saúde-doença. A ação do trabalhador deve resultar em oportunidades para que todos os familiares identifiquem suas capacidades atuais e adquiram aquelas que serão necessárias para atender as necessidades dos membros da família;
- c) as atitudes e os comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças e emoções, além das condições materiais de vida e trabalho. Isto é verdade em relação às famílias e aos trabalhadores de saúde. Essas atitudes e comportamentos influem na relação com os demais, o que motiva os profissionais a exercitarem sua capacidade de reflexão sobre si mesmos e suas práticas.

Todas essas questões confirmam a minha convicção de que o processo de aprendizagem deve estar relacionado à vivência dos usuários, possibilitando assim aos profissionais de saúde resultados que irão sociabilizar as experiências de vida dos indivíduos envolvidos, bem como compartilhar suas dúvidas e anseios.

Para FREIRE (1983, p.40) “educação é um processo dinâmico de descoberta, no qual não há espaço para saber nem para ignorância absoluta, mas sim, para a comunicação de um saber relativo a outros, que também possuem um saber relativo”. Nesse sentido, uma ação educativa para o idoso poderá ser construída, respeitando os conhecimentos existentes associados a novos conhecimentos que lhe serão ensinados. Valorizar o conhecimento existente da clientela de idosos do Programa Saúde da Família, trabalhar no domicílio em que está inserido e ter a família como participante possibilitam o desenvolvimento de ações educativas que promovam a qualidade de vida e melhora dos problemas de saúde dos envolvidos.

Ao propor um plano de ação com os idosos, optei utilizar os Círculos de Cultura, pois é uma metodologia aberta que oportuniza aos idosos expor o seu entendimento em relação à interpretação do receituário de medicamento e o entendimento das orientações médicas e da enfermagem. Ainda, possibilita conhecer as situações vivenciadas pelos idosos com relação ao uso dos medicamentos, permitindo o desenvolvimento de ações educativas transformadoras do cuidado na terapêutica medicamentosa.

O método do Círculo de Cultura foi idealizado por Paulo Regius Neves Freire, nascido em Recife/Pernambuco em 19 de setembro de 1921. Iniciou o seu método de alfabetização quando esteve participando do MCP (Movimento de Cultura Popular) no final da década de 50, em Recife. “Ao lado de outros intelectuais e do povo, no sentido de, através da valorização da cultura popular, contribuir para a presença participativa das massas populares na sociedade brasileira” (GADOTTI, 1997, p.40). Freire teve inúmeras experiências como educador, no entanto, esse movimento, ao possibilitar o encontro entre várias pessoas que, mais tarde, passaram a trabalhar e reproduzir sua experiência, é um marco em sua trajetória.

O autor ainda aponta que o MCP, onde Freire executava experiências iniciais de seu método, foi proibido de exercer suas funções com o golpe militar. As experiências vividas não puderam ser apagadas ou esquecidas e ele ousou dar um significado diferente do verbo educar, pois acreditou que era preciso educar por palavras, palavras que fizessem sentido ao educando: não um método literário distante de sua realidade, e sim palavras que dessem sentido à vida de seus alunos.

A pedagogia de Freire permite o desenvolvimento de trabalhos em grupos, nas quais há possibilidade de troca de experiências, porquanto o indivíduo se nutre do grupo e o grupo cresce pela participação individual de cada elemento do grupo. Para FREIRE (2000, p. 25) “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção e construção”. Nessa perspectiva, ensinar inexiste sem aprender e vice-versa; os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber.

Com os resultados positivos das discussões em grupos populares, independente de serem ou não alfabetizados, Freire propõe a utilização desta metodologia para alfabetização, denominando os momentos de sua atuação com os educandos de Círculos de Cultura, quando, sem uma programação rígida, passa a aprimorar seu método.

A ação como modo de fazer acontecer tem início com a aproximação de pessoas que estão vivenciando problemas ou uma situação existencial semelhante - neste estudo a inadequada adesão ao tratamento medicamentoso. A comunhão dessas pessoas faz surgir um tipo especial de grupo que Freire chama de Círculos de Cultura.

Na elaboração dos passos para aplicação desta metodologia alguns conceitos de Freire serão apresentados a seguir. São eles: Círculos de Cultura, Ser Mais, Tema Dobradiça, Animador, segundo BRANDÃO, BEZERRA & WANDERLEY (1980, p.15).

Círculos de Cultura: uma escola diferente onde se discutem os problemas sentidos tanto pelos educandos como pelo educador. Nela não existe o professor tradicional, “bancário”, que tudo sabe, nem o aluno que nada sabe. Tampouco podem existir as lições tradicionais que só vão exercitar a memória dos estudantes. O Círculo

de Cultura é realizado em um lugar – junto a uma árvore, na sala de uma casa, na fábrica ou na escola - onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre sua prática, seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, dentre outros assuntos, ou seja, o que for de interesse do grupo. Os Círculos de Cultura são unidades de ensino que substituem a escola tradicional de ressonância infantil ou desagradável para pessoas adultas.

Ser Mais: é o propósito básico da procura permanente do homem como ser incompleto. Nesta busca para ultrapassar seus limites, o homem muda o foco individualista para uma integração com seus pares, pois nunca atua isoladamente, necessita de outros seres humanos para sua sobrevivência e, ao alcançar seus objetivos propostos, descobre outras limitações e novas maneiras de ultrapassá-las. Assim podemos afirmar que ele realmente está sempre na busca do ser mais.

Tema de Dobradiça: nos Círculos de Cultura não existe uma programação feita a priori, mas ela nasce na integração com os grupos que estabelecem os temas a serem debatidos. Cabe ao “animador” tratar a temática que o grupo propõe, sendo possível acrescentar à sugestão deles outros temas chamados: “temas de dobradiça”.

Animador: para FREIRE (2003, p.18), “é aquele que tem função de abrir o leque, que entenda os problemas dos participantes dos Círculos de Cultura dentro de um contexto mais dinâmico, histórico e global de sua atuação”. Enfim, é a pessoa do grupo a quem vai se colocar e ser colocada como organizador das questões básicas para o encontro e os encaminhamentos que surgirem das relações e convívio dos componentes dos Círculos de Cultura. Nesse sentido, o enfermeiro propõe o Círculo de Cultura e coloca-se como animador das situações existenciais de aproximação que são variadas neste estudo os idosos e a terapêutica medicamentosa.

Segundo SAUPE, BRITO & GIORGI (1997, p. 76), o método de Freire, conhecido como itinerário de pesquisa, propõe uma seqüência de passos, que vão se interrelacionando num movimento de construção, que avança e retroage conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura. Os passos são:

- a) levantamento de dados ou palavras geradoras: Freire faz uma pequena diferença entre palavras e temas geradores, sendo as primeiras utilizadas para

alfabetização e os segundos para a pós-alfabetização. São os temas geradores amplos que vão determinar as palavras significativas para a temática. Muitas vezes pode surgir uma situação na qual o grupo não expresse concretamente os temas geradores, o que leva ao aparecimento do “tema silêncio”. Este fato revela que os indivíduos se calam diante da força esmagadora de “situações limites” e adaptam-se a ela. Freire orienta que estas situações não devem ser contornadas, mas analisadas, estudadas nos seus diferentes aspectos, e enfrentadas, pois senão ressurgirão com força mais redobrada adiante;

- b) codificação: os participantes do Círculo de Cultura expõem seu entendimento sobre o tema ou a palavra;
- c) decodificação ou descodificação: o questionamento dos códigos utilizados para descrever a situação e sua problematização representa a decodificação, ou seja, o cultivo da dúvida sobre os códigos impostos;
- d) desvelamento crítico: representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, agora vista com outros olhos e que possibilita a realizar uma ação na busca de sua superação e não mais adaptação.

Ao utilizar a metodologia de Freire não é de minha intenção buscar uma solução mágica para os problemas enfrentados, mas sim a procura de libertar o grupo participante do Círculo de Cultura, desvelando a realidade vivenciada, procurando a verdade e mostrando que certezas absolutas não existem.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A seguir, apresento breve descrição do referencial metodológico utilizado em meu estudo, referente à pesquisa qualitativa e a pesquisa convergente assistencial,

A pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes, motivos, enfatizando as especificidades do fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

Na enfermagem, para WOOD & HABER (2001, p. 123), “a pesquisa qualitativa combina a natureza científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana. É um termo genérico que abrange uma multiplicidade de suportes filosóficos e métodos de pesquisa”. Ela tem o pesquisador como o principal instrumento, conduzindo entrevistas, observando e reunindo dados. O pesquisador vai até onde os dados conduzem, e acredita que o ser humano singular na sua maneira de ser atribui significados as suas experiências que derivam do contexto da vida.

Algumas características da pesquisa qualitativa: o referencial teórico é aprofundado de acordo com a evolução da pesquisa, é intuitiva por natureza, busca compreender o fenômeno tal como se apresenta, enfatiza a singularidade e a subjetividade, entende que o todo é maior que a soma das partes, busca identificar as categorias de análise a partir das informações coletadas, não tem pretensão de medir ou numerar, entre outras.

Ainda para WOOD & HABER (2001, p. 125):

A pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental na ciência da enfermagem. Os métodos qualitativos têm relevância direta para a prática de enfermagem por se moverem sob a superfície de resultados para revelar processos de vida que contribuíram com o resultado. Um conhecimento desses processos de vida aumenta a compreensão e fornece uma base para intervenção que talvez melhore a qualidade de vida.

A modalidade da pesquisa convergente assistencial (PCA) é aquela que pretende encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações no contexto da prática. Recebe esta denominação por possuir um estilo próprio de

pesquisa de campo, sendo sua principal característica o campo de estudo e a prática assistencial do pesquisador.

A escolha pela PCA se deve ao fato da minha intenção em encontrar soluções para a problemática do uso inadequado dos medicamentos, citada anteriormente, procurando introduzir mudanças no contexto da prática que possibilitassem ações educativas transformadoras do cuidado de si dos idosos concernentes à terapêutica medicamentosa.

Nesse tipo de pesquisa, os temas emergem a partir das necessidades da prática profissional, em que o pesquisador, além de obter informações, envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo. Esta modalidade de pesquisa, segundo as autoras TRENTINI & PAIM (1999, p.27), “articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas”.Ao contrário de outros métodos, o pesquisador necessita colocar-se de frente aos sujeitos pesquisados, deixar a neutralidade de lado e envolver-se, para juntos modificarem a realidade, construindo uma nova realidade que proporcione melhor qualidade de vida.

Para TRENTINI & PAIM (1999, p.28) a PCA “valoriza o saber pensar e também o saber fazer”.O profissional de enfermagem encontra um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer. Para Demo apud TRENTINI & PAIM (1999, p.28), o “saber fazer” instiga o “refazer”, no sentido de inovação, por meio da reconstrução do conhecimento.

O *fazer* na prática da enfermagem tem início na obtenção de dados, permitindo à equipe de enfermagem prestar assistência com qualidade e com *saber*, ou seja, construir e reconstruir conhecimentos que orientem a prática.

A pesquisa de campo convergente-assistencial na área de enfermagem inclui atividades de cuidado/assistência que não se restringe somente ao ato de cuidar, mas de analisar a melhor forma de cuidar do cliente. TRENTINI & PAIM (2003, p.31) apontam que “o pesquisador assume dupla função: o de pesquisador e o de enfermeiro

assistencial, pois a pesquisa convergente assistencial e a prática assistencial podem ser conduzidas no mesmo espaço e pelos mesmos profissionais”.

São características da pesquisa convergente-assistencial, conforme as autoras TRENTINI & PAIM (1999, p.27):

- a) não se propõe a generalizações, mas sim transferências;
- b) conduzida para desvelar realidades;
- c) resolução de problemas específicos e introdução de inovações em situações específicas em determinado contexto da prática profissional;
- d) se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto;
- e) instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer;
- f) não estabelece métodos e técnicas científicas de pesquisa, aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência.

A finalidade da PCA é produzir conhecimento que forneça subsídios para um fazer imediato, em que o pesquisador e os sujeitos da pesquisa estão envolvidos e têm como objetivo melhorar a situação encontrada no início da pesquisa.

Para tanto, são exigidos alguns critérios:

- a) o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e estar associado à situação problema da prática. Deve ser de interesse da população e do profissional envolvido, propondo soluções e mudanças a serem realizadas;
- b) deve introduzir inovações no campo da prática a serem desenvolvidas concomitantemente com o trabalho do pesquisador;
- c) envolver de maneira participativa as pessoas investigadas;
- d) reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa.

TRENTINI & PAIM (1999, p.83) relatam que “pesquisa, assistência e participação são elementos centrais dessa metodologia. Da articulação desses três

elementos emerge outro, unificador, que denominamos convergência; estes tornam parte em duplo jogo [...] articulando teoria e prática”.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo apresento separadamente a primeira e a segunda etapa do estudo. Para cada uma delas descrevo o local de estudo, os sujeitos participantes, o processo de coleta dos dados, as questões éticas, os registros e as análises dos dados.

5.1 ETAPA 1- DIAGNÓSTICO DO CUIDADO DE SI REFERENTE À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

5.1.1 Local

Na primeira etapa de diagnóstico do cuidado de si referente à terapêutica medicamentosa, o estudo foi realizado no domicílio dos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de Ponta Grossa/Paraná, no período de maio a julho de 2004. A área de abrangência da Unidade de Saúde na Vila Borsato é formada pelos bairros: Borsato, Jardim Pontagrossense, São Marcos, Vila Néri, Quero-Quero, Castanheiras, Jardim Centenário, Cinto Verde e Cachoeira.

Nesta unidade exerço a função de enfermeira, situação que me trouxe algumas vantagens, acessibilidade aos sujeitos da pesquisa e confiança que alguns idosos tinham em minha pessoa, por conhecerem meu trabalho na unidade.

5.1.2 Sujeitos da pesquisa

Ao todo, são 15 (quinze) idosos moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde. Todos os sujeitos selecionados dentro dos critérios de participação aceitaram participar do estudo, demonstrando interesse e entusiasmo pela temática apresentada.

Em alguns casos, quando o idoso não sabia fornecer as informações solicitadas ou por algum outro motivo, o seu familiar participou e colaborou com a coleta de dados.

Os critérios de seleção dos sujeitos para a participação na pesquisa são: ser idoso, ou seja, ter idade igual ou superior a 60 anos, ser da área de abrangência da Unidade de Saúde PSF, fazer uso de algum tipo de medicação.

5.1.3 O processo de coleta de dados

Na primeira etapa deste estudo, os dados foram coletados no domicílio do idoso, no período de maio a julho de 2004. Estive atenta para o comportamento dos idosos no primeiro encontro no seu domicílio. Observei comportamentos gerais como: atenção, motivação, envolvimento e participação. Fiz observações específicas do seu comportamento relacionadas às dificuldades ou facilidades acerca do tratamento medicamentoso, ainda condições gerais do domicílio e a relação familiar dos envolvidos.

Durante a visita domiciliar, entrevistei os idosos utilizando um questionário pré-estabelecido (Apêndice 1). O instrumento de coleta de dados consistiu de sete (7) perguntas caracterizadas como dados de identificação, uma (1) pergunta fechada e sete (7) perguntas abertas, correspondentes às questões específicas do problema do estudo.

O instrumento de coleta de dados permitiu determinar um diagnóstico referente ao entendimento dos idosos do receituário e a aderência ou não ao tratamento medicamentoso. Realizei quinze (15) visitas para obtenção dos dados, coletados no domicílio; uma visita para cada idoso entrevistado, com duração de aproximadamente duas horas (2) para cada entrevista.

O processo para a coleta de dados aconteceu da seguinte maneira: cada agente comunitária de saúde (ACS) selecionava um idoso segundo os critérios estabelecidos por mim para participar do estudo. Optei por essa metodologia porque desejava que a população do estudo fosse constituída por um idoso de cada microárea, também para evitar a exclusão de qualquer agente comunitária de saúde, visto que todas demonstraram interesse e entusiasmo em participar do estudo. Após a seleção, agendei dias e horários específicos para cada idoso.

Quando o idoso selecionado pela ACS não demonstrava interesse em participar do estudo, imediatamente outro idoso era selecionado. Aqueles idosos que apresentavam dificuldades para se manifestar verbalmente, o familiar estava presente para auxiliá-los nas respostas aos questionamentos.

Ao chegar ao domicílio do sujeito da pesquisa, me identificava e solicitava a identificação do idoso, esclarecia os objetivos do estudo e a importância da sua participação como ator principal do processo, lia a declaração de consentimento livre esclarecido, coletava a assinatura do termo quando o pesquisado se considerava esclarecido e livre, explicava que era necessário por se tratar de pesquisa com seres humanos, pautada nas Normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Com o consentimento do idoso ou familiar, utilizava o gravador com o objetivo de facilitar o trabalho de interpretação dos dados e captar com fidedignidade o relato dos participantes em sua totalidade.

No momento da entrevista, solicitava ao idoso ou familiar a prescrição médica e os seus medicamentos, para confirmar a veracidade das informações relatadas por eles como parte do rigor da pesquisa.

5.1.4 Registro de dados

Registrei os dados obtidos pela entrevista no próprio instrumento de coleta de dados e ainda gravei as falas dos sujeitos entrevistados.

5.1.5 Análise e Interpretação

Após tabulação dos dados coletados na entrevista, realizei o diagnóstico das dificuldades e facilidades dos idosos em relação ao receituário, bem como a avaliação da adesão ou não ao tratamento medicamentoso prescrito.

Os dados de identificação obtidos pela entrevistas foram analisados de modo quantitativo por meio de distribuição de frequência e apresentados em números absolutos e percentuais.

Os dados coletados considerados específicos do problema de pesquisa foram analisados qualitativamente utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. No que se refere à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), busca ser capaz de trabalhar a discursividade, característica própria do pensamento coletivo, procurando preservar esta discursividade em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração do instrumento de coleta de dados, da coleta propriamente dita, análise dos dados e resultados.

LEVRÉFE & LEFRÉVE apontam que o DSC (2003, p.10) “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtidos de depoimentos, artigos de jornal, cartas, etc. Consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraindo-se de cada um dos depoimentos, as Idéias Centrais e/ou Ancoragens e suas correspondentes Expressões-Chaves, com estas compõem-se um ou vários discursos-síntese de vários sujeitos na primeira pessoa do singular”. Portanto é “um recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhando entre seus membros...” (TEIXEIRA & LEFRÉVE, 2001, p. 4). Foram utilizadas três figuras metodológicas: **as Expressões-Chave (EC), a Idéia Central (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).**

A opção por essa metodologia deu-se em razão da grande quantidade de discursos recolhidos nas entrevistas realizadas, bem como a qualidade dos seus conteúdos. Desta forma o DSC permite mostrar através de seus próprios relatos e com maior fidelidade a coleta dos dados.

5.1.6 Aspectos éticos

Observando os princípios éticos para a proposta deste estudo, enviei Ofício solicitando orientação formal à minha gerência de serviço para a concessão do campo da prática. Recebida autorização da gerência do Programa de Saúde da Família, o projeto de pesquisa teve aprovação pela banca examinadora de qualificação na data de

18/10/2003. Foi aprovado no comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná no dia 29 de abril de 2004 (Anexo 1).

O sigilo e anonimato foram assegurados segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme indica a Resolução 196/96, que, após lido, foi devidamente assinado pelos idosos ou familiares, sendo uma via entregue aos envolvidos na pesquisa (Apêndice 2).

Para que fosse garantida a confiabilidade das informações, bem como sua fidelidade, optei por gravar as entrevistas com a autorização prévia dos sujeitos envolvidos e, posteriormente, transcrevi em folhas de papel as falas integralmente.

5.2 ETAPA 2 - A PRÁTICA TRANSFORMADORA DO CUIDADO DE SI

5.2.1 Local

A etapa da prática transformadora do cuidado de si foi realizada na forma de encontro com os idosos no próprio espaço físico da Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família, tendo como metodologia o Círculo de Cultura de Paulo Freire, alicerçado pela orientação da Pesquisa Convergente Assistencial.

A Unidade de Saúde Horácio Droppa foi inaugurada em 1985, inicialmente como Unidade Básica de Saúde e, a partir de maio de 2001, tornou-se Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família que atua em diversas áreas pré-estabelecidas, subdividindo o território da unidade e tendo como princípios a territorialização, problematização e desenvolvimento de práticas sanitárias. Localizada na vila Borsato, composta de duas equipes PSF, tem uma área de abrangência de doze mil usuários aproximadamente, fazendo parte desta área de abrangência os bairros: Borsato, Jardim Pontagrossense, São Marcos, Vila Néri, Quero-Quero, Castanheiras, Jardim Centenário, Cinto Verde e Cachoeira.

Dentro desta área de abrangência trabalham quinze (15) Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), divididas cada uma em quinze (15) microáreas, das quais totalizam

aproximadamente nove mil (9000) pessoas e, segundo seus cadastros de ficha A familiar, quatrocentos e oitenta (480) idosos aproximadamente, em sua grande maioria portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes. O número de atendimentos pelo médico aos idosos nos meses de janeiro a setembro de 2004 foi de um mil e quatrocentos (1400) consultas aproximadamente; outros atendimentos pelos diversos profissionais de saúde foi de aproximadamente três mil e quinhentos (3500) no mesmo período citado acima (dados do relatório do SIAB - Sistema de Informação Básica dos meses janeiro a setembro de 2004, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde).

Os recursos humanos disponíveis são: dois (2) enfermeiros, cinco (5) auxiliares de enfermagem, dois (2) médicos generalistas, um (1) cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, um (1) farmacêutico, uma (1) assistente social, um (1) escrivão, uma (1) zeladora e quinze (15) agentes comunitárias de saúde.

5.2.2 Sujeitos

Participaram desta etapa do estudo sete (7) idosos de um total de quinze (15), dois (2) familiares, sendo um (1) de um idoso entrevistado na primeira etapa que se encontrava em cadeira de rodas e não tinha como se locomover até a unidade de saúde, e o outro familiar, que tinha participado nas respostas do instrumento de coleta de dados, demonstrou interesse em participar da segunda fase, já que administra os medicamentos do pai e gostaria de esclarecer dúvidas.

Participaram do encontro três agentes comunitárias de saúde que demonstraram interesse em participar também da segunda fase do estudo; uma agente comunitária foi responsável pela gravação das falas dos idosos e as outras duas como ouvintes. As ACS tiveram interesse em participar do estudo porque em muitos casos as mesmas necessitam orientar o idoso e/ou familiar quanto ao uso da terapêutica medicamentosa.

Os idosos foram nominados por mim aleatoriamente com letras. A letra escolhida acompanhou sempre o mesmo idoso em todas as suas falas durante todo o encontro.

5.2.3 Coleta de dados – O Círculo de Cultura

Fundamentado no referencial de Freire do Círculo de Cultura, realizei um encontro em que a participação dos idosos oportunizou a investigação temática, a tematização e posteriormente a problematização dos assuntos referentes à terapêutica medicamentosa do idoso. Ressalto que o Círculo de Cultura, proposto por Freire, foi um instrumento facilitador desta segunda fase, entretanto a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial delineou e sustentou todas as fases do trabalho.

O encontro foi realizado no mês de agosto de 2004, na sala de reuniões da unidade de saúde e teve início com o convite aos idosos para participar desta 2ª etapa. Elaborei uma proposta de trabalho não formal e flexível para as alterações que pudessem ocorrer (tema de dobradiça), não desvirtuando do objetivo principal do estudo e de levantar fatores facilitadores em relação à interpretação do receituário de medicamento preenchido pelo médico e o entendimento das orientações médicas e da enfermagem, com a finalidade de minimizar as dificuldades relatadas pelos idosos e estimular a adesão à terapêutica medicamentosa.

Antes de iniciar o encontro do Círculo de Cultura, arrumei as cadeiras em círculo para que, no momento que os idosos chegassem, fossem sentando nesta disposição, facilitando a proximidade física entre eles, evitando a auto-exclusão. A proposta de trabalho teve como etapas:

- 1) apresentação individual dos idosos presentes;
- 2) apresentação e esclarecimentos necessários quanto à proposta do projeto de trabalho a ser realizado;
- 3) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos que aceitaram participar da pesquisa.

4) trabalho com a temática da terapêutica medicamentosa – fatores facilitadores em relação à interpretação da prescrição médica, dificuldades apresentadas pelos idosos e o entendimento das orientações médicas e de enfermagem acerca da terapêutica medicamentosa, outros temas de interesse dos idosos inseridos no contexto da proposta.

No primeiro momento, foram feitas as apresentações de todos os envolvidos, começando por mim. Houve muita descontração, o entusiasmo era visível em alguns idosos, sendo que, durante a apresentação, alguns manifestaram apoio favorável ao estudo e à sua importância para a saúde. Cada um expressou o nome, idade, estado civil, bairro que reside, doença e quantas medicações fazia uso. Este momento é denominado por Freire de “Ação”, ou seja, o modo de fazer acontecer, que tem início com a aproximação de pessoas que estão vivenciando dificuldades ou uma situação existencial semelhante.

O encontro foi tomando corpo, senti o grupo à vontade. Muitos se conheciam e demonstravam confiar na minha pessoa como enfermeira assistencial e animadora.

No segundo momento, esclareci os passos e os objetivos da pesquisa. Realizei a leitura do Consentimento livre e esclarecido e recolhi as assinaturas de todos que desejassem. Houve a assinatura dos sete (7) idosos e de dois (2) familiares.

Após ser garantido o sigilo relativo às contribuições individuais manifestadas no encontro, solicitei a permissão verbal aos idosos e familiares presentes para utilizar o gravador, o que facilitaria a interpretação e decodificação dos dados obtidos nesta fase. Nenhum participante se opôs ao uso do gravador.

No terceiro momento, teve início a fase de trabalho da temática da terapêutica medicamentosa, em que os idosos apontavam palavras centrais do tema proposto, e eu realizava questionamentos aos idosos. Este momento para Freire é denominado de levantamento de temas ou palavras geradoras. As palavras mais apontadas foram: receita médica, entender, leitura, dificuldade, grande números de remédios, ajuda para tomar a medicação. Como animador introduzi as indagações ao grupo. As situações expressadas pelos idosos eram refletidas e compartilhadas; os participantes têm, nesse momento, a oportunidade de expor o seu conhecimento e suas vivências sobre os

questionamentos realizados é o processo de codificação, presente nas várias etapas do estudo.

No quarto momento, mostrei dez fotos de cada um dos dez medicamentos utilizados pelo grupo e disponíveis na Unidade de Saúde, com o objetivo de compreender os códigos utilizados pelos idosos na terapêutica medicamentosa, momento denominado por Freire de descodificação ou decodificação.

O último momento é o desvelamento crítico, em que, a partir da consciência adquirida pelo grupo e pelo animador, se busca criar soluções para os problemas concernentes à terapêutica medicamentosa do idoso.

5.2.4 Registro de dados

Entendo que é fundamental, para o sucesso do trabalho, captar os relatos dos participantes em sua totalidade, motivo pelo qual as falas dos idosos foram gravadas durante o encontro do Círculo de Cultura, constituindo o único registro do encontro, realizado com o auxílio de uma agente comunitária de saúde.

5.2.5 Análises

As análises foram realizadas qualitativamente. Após a realização do Círculo de Cultura, transcrevi os dados de acordo com as falas dos participantes e analisei conforme as etapas do Círculo de Cultura de Freire.

6 RESULTADOS

Considerando o cenário como parte integrante e significativa dos resultados e também a extensiva coleta de dados realizados, neste capítulo apresento os resultados do que observei nos cenários do estudo da fase 1 do diagnóstico do cuidado de si referente à terapêutica medicamentosa e fase 2 da prática transformadora do cuidado de si.

6.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

O Município de Ponta Grossa está localizado no segundo planalto paranaense, na região dos Campos Gerais, a 118 km² de Curitiba. Abrange uma extensão territorial de 2.067,9 km², apresentando uma densidade demográfica de 132,24 habitantes/km². Tem como municípios limítrofes Campo Largo, Carambeí, Castro, Ipiranga, Palmeira, Teixeira Soares e Tibagi. Possui quatro distritos administrativos a saber: Guaragi, Itaiacoca, Periquitos e Uvaia. O Município compreende uma população de 286.068 habitantes (IBGE, 2003).

No que se refere às condições de saneamento básico, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o abastecimento de água domiciliar canalizada e tratada atinge 98,92 da população. O sistema de esgoto público beneficia 52,01% da população, 38% possui fossa séptica e 10% fossa negra. A coleta regular de lixo atinge 98,92 da população.

Em 15 de setembro completou 181 anos de emancipação política e tradicionalmente considerada a Capital Cívica do Paraná, destacando-se como o maior entrocamento rododferroviário do Sul do Brasil.

Destaco a seguir, a população da cidade, enfatizando os idosos nela residentes:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE PONTA GROSSA, 2003

Distribuição por faixa etária	Total Geral
Menor de 1 ano	5.615
1 a 4 anos	22.759
5 a 9 anos	28.071
10 a 14 anos	27.528
20 a 29 anos	50.617
30 a 39 anos	43.658
40 a 49 anos	34.231
50 a 59 anos	22.135
60 a 69 anos	13.988
70 a 79 anos	7.477
80 anos e mais	2.514
Total	258.683

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários, 2003.

A administração dos serviços de saúde do Município é realizada através do Instituto de Saúde de Ponta Grossa, que foi instituído pela lei nº 6.681 de 26 de janeiro de 2001, de natureza autárquica, de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa, técnica e financeira com patrimônio e receitas próprias. Está habitado na Gestão Plena da Atenção Básica, desde 07 de abril de 1998 – Portaria: M.S 2461.

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei nº 4.660 de 09 de dezembro de 1991 e atualmente é gerido pelo Instituto de Saúde. O sistema de Saúde Pública do Município possui os três níveis de atenção, sendo que no nível primário, ou atenção básica, a estrutura instalada é de 46 Unidades Básicas, com 42 na zona urbana e 04 na zona rural, e um Pronto Atendimento na região central da cidade.

As Unidades da Saúde prestam atendimento médico, odontológico de enfermagem e serviço social. Na atenção básica em 2001, o Conselho Municipal de Saúde aprovou a implantação da estratégia PSF. Atualmente o município conta com funcionamento de 23 equipes de PSF, sendo 22 equipes instaladas na zona urbana e 1 na zona rural, com cobertura de 30% da população. Segundo a gerência de PSF, as equipes serão aumentadas para atingir uma maior cobertura da população.

A atenção básica está vinculada à Diretoria de Saúde Comunitária. As unidades básicas de saúde são assessoradas por seis (6) gerências de distritos. As unidades de saúde com estratégia PSF estão sob coordenação da gerência de PSF, vinculada ao Instituto de Saúde de Ponta Grossa.

No nível secundário, o sistema funciona através de Referência e Contra Referência se articulando entre a atenção básica e níveis de maior complexidade. A marcação de consultas é realizada via Central de Leitos e pelo setor de Ouvidoria do Instituto de Saúde. Compõem esse serviço o Centro Municipal de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental e Centro Municipal de Atenção Materno Infantil que, além de atendimento básico, é a referência para atendimento secundário em mulheres com exames citopatológicos e de mama alterados. O Município também integra o Consórcio Intermunicipal, criado em 26 de maio de 2000, abrangendo os municípios da Região dos Campos Gerais.

No nível terciário o município possui sob seu gerenciamento um Hospital Infantil e o Hospital Municipal. Além desses o município conta com outros sete hospitais que prestam atendimento conveniado ao SUS.

A Unidade de Saúde Programa Saúde da Família, em que foi desenvolvido o estudo, está vinculada à Direção de Saúde Comunitária do Instituto de Saúde, unidade que abrange uma população de onze mil (11000) usuários.

6.1 RESULTADOS DAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS DA ETAPA 1 DO DIAGNÓSTICO DO CUIDADO DE SI REFERENTE À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

6.2.1 Dados de identificação

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AO SEXO, PONTA GROSSA, 2004

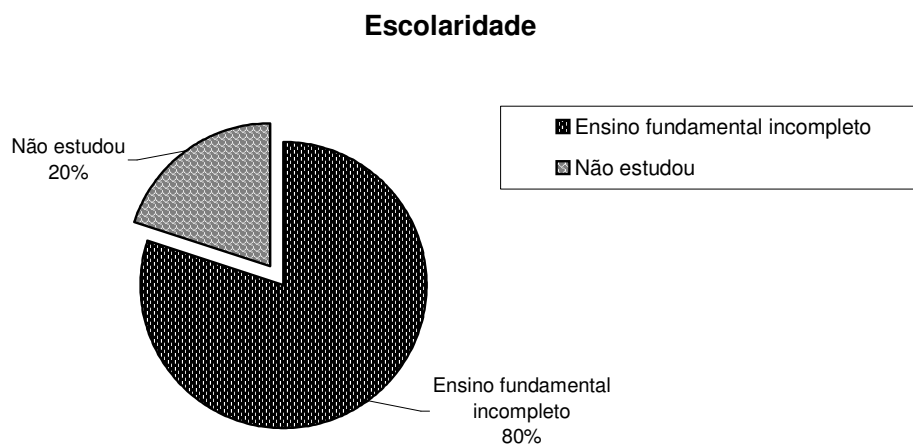


Verifica-se no gráfico 1 que 12 (80%) pacientes são mulheres e 3 (20%) são homens. Este dado pode ser justificado pelo fato de que a mulher vive mais que os homens. Segundo SILVESTRE et al. (1996, p.81), “no Brasil o aumento da expectativa de vida ao nascer tem sido mais significativo no sexo feminino. Isto se deve a vários fatores, principalmente pela proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, mas também pelas mulheres apresentarem: condutas menos agressivas; menor exposição aos riscos no trabalho; maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde; maior utilização dos serviços de saúde, menor consumo de tabaco e álcool, etc”.

Quanto à estrutura familiar dos idosos: 15 (100%) dos idosos vivem com cônjuge e/ou filhos e/ou genros; nenhum (0%) idoso vive sozinho. Para SILVA (1996, p.76) “morar só é um privilégio de um pequeno grupo, de um modo geral, e no Brasil em particular a pessoa idosa dificilmente permanece sozinha em sua residência. Quando perde o cônjuge e, por não ter condições de arcar com as despesas, por limitações físicas, dentre outras razões, termina por morar com filhos ou parentes próximos”.

No estudo apresentado, 100% dos idosos vivem na companhia de familiares, o que se constitui um aspecto positivo para a adesão terapêutica medicamentosa. RODRIGUES et al. (1996, p.260) ressaltam que “a companhia de familiares ou outras pessoas pode influenciar na assistência ao idoso e favorecer a aderência adequada ao medicamento”.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO À ESCOLARIDADE, PONTA GROSSA, 2004



Verifica-se no gráfico 2 que 6 (40%) idosos cursaram a 1ª série do ensino fundamental; 1 idoso (6,6%) a 2ª série do ensino fundamental; 1 idoso (6,6%) a 3ª série do ensino fundamental; 3 (20%) idosos (26,6%) a 4ª série do ensino fundamental; 1 idoso (6,6%) a 5ª série do ensino fundamental; 3 idosos (20%) referem não terem estudado. Nenhum dos entrevistados estudou a partir da 6ª série ou cursou o ensino médio, dado importante para reflexão, pois o grau de escolaridade pode interferir na adesão ao tratamento medicamentoso. Para MELLO, GOTLIEB & LAURENTI (2001, p.121) referente ao nível educacional, “a média brasileira foi de 1,5 ano para o homem e 1,6 ano para a mulher. Este valor é resultado de políticas de saúde de educação prevalentes nas décadas de 30 e 40, quando o acesso à escola pública ou particular era ainda bastante restrito”.

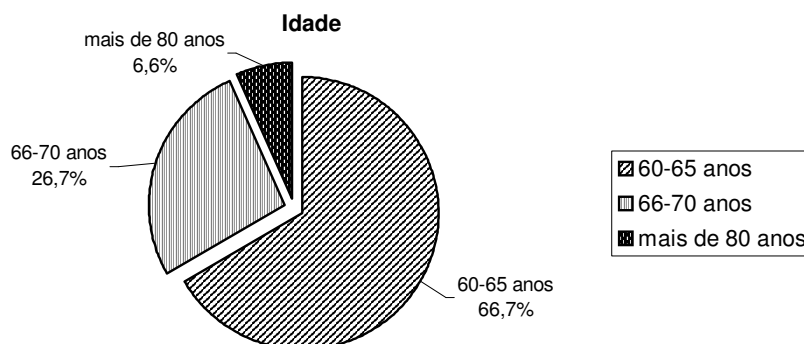
Quanto à mulher e o nível de escolaridade, merece destacar que não somente o acesso à educação formal interfere em seu nível educacional, mas a influência cultural, pois antigamente a mulher devia dedicar-se às atividades domésticas, cuidado do lar e educação dos filhos, portanto, não necessitando estudar. Atualmente a mulher apresenta um novo perfil, desempenhando múltiplos papéis: o de mãe, de dona-de-casa, de estudante e trabalhadora, pois necessita colaborar com as despesas financeiras e almeja o reconhecimento profissional.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO PACIENTE QUANTO À LEITURA E ESCRITA, PONTA GROSSA, 2004

Ler	N	%	Escrever	N	%
Lê	12	73,3	Escreve	03	20
Não lê	03	26,6	Escreve um pouco	11	73,3
			Não escreve	01	6,6
Total	15	100	Total	15	100

A tabela 2 demonstra a distribuição de frequência de leitura e da escrita dos idosos: 6 (40%) idosos sabem ler; 5 (33,3%) idosos lêem um pouco; 4 (26,6%) idosos não sabem ler. No que se refere à escrita, 3 (20%) idosos escrevem; 6 (40%) idosos escrevem um pouco; 5 (33,3%) idosos escrevem o nome; 1 (6,6%) idosos não sabem escrever. LENARDT & TUOTO (2004, p.18) afirmam que “a baixa escolaridade dos idosos origina condições e tipos de trabalhos (lavradores, pedreiros, carpinteiros) bastante difíceis de serem mantidos após o diagnóstico de uma doença crônica”. Ainda para as autoras, este também é um dado que merece reflexão pois demonstra o nível de compreensão que os idosos apresentam do seu tratamento, refletindo o modo de cuidados destes pacientes.

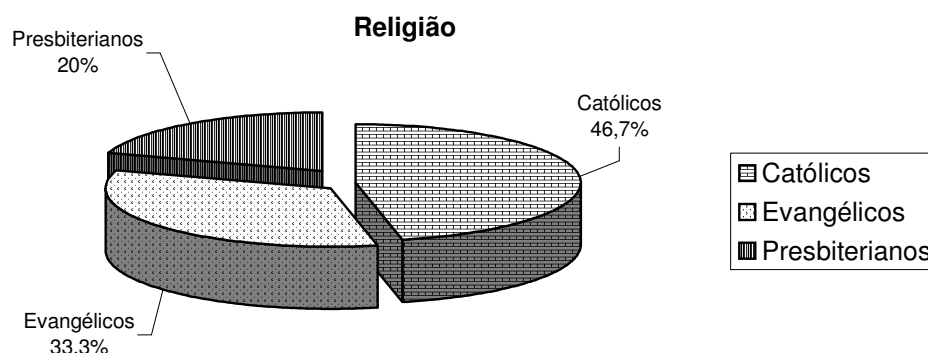
GRÁFICO 3- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO À IDADE, PONTA GROSSA 2004



O gráfico 3 aponta que 11 (73,3%) dos idosos têm entre 60-65 anos; 4 (26,6%) têm entre 66-70 anos; 1 (6,6%) tem mais 80 anos. “A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida” (ROZENFELD, 2003, p.719).

A proporção de pessoas de 70 anos e mais de idade correspondem a aproximadamente 45% da população de idosos no Brasil, e de 80 anos e mais de idade é de 10,7% aproximadamente (MELLO, GOTLIEB & LAURENTI, 2001, p.120).

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO A RELIGIÃO, PONTA GROSSA, 2004



Verifica-se no gráfico 4 que 7 (46,6%) idosos são católicos; 5 (33,3%) idosos são evangélicos; 3 (20%) são presbiterianos. O campo religioso faz parte da cultura popular, e MINAYO (1988, p.363) afirma que “a religião está nas explicações sobre o processo saúde/doença. Ao contrário do que se possa parecer, as crenças tradicionais continuam vivas no meio popular, algumas renascem em novas formas e são integradas num universo mais amplo, mas, sua estrutura continua a mesma”.

ACIOLI & LUZ (2003, p.156) destacam que “freqüentar a igreja, fazer orações e ouvir músicas religiosas parece ser uma estratégia que faz as pessoas se sentirem com saúde e melhorarem quando estão doentes”. As pessoas que possuem fé colocam em Deus a causa e cura de doenças.

Os dados de identificação apontam que todos os entrevistados referiam praticar uma doutrina religiosa. Este é um dado para reflexão, pois demonstra a importância da religiosidade para o doente quando se encontra em estado de cronicidade e forte desejo de obter a cura ou melhora dos sintomas apresentados.

Nesse sentido, para LENARDT (2001, p.109) “a fé que atua sobre o idoso muitas vezes no sentido de recuperar uma religiosidade abandonada, quer porque na divindade ou no sagrado se imagina que possa estar a cura, porque se tenta buscar uma explicação para a origem do sofrimento”.

TABELA 3- PROBLEMAS DE SAÚDE E SINTOMAS APRESENTADOS PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS, PONTA GROSSA, 2004

Patologia/sintomas	N	%
Hipertensão	13	86,6
Diabetes	05	33,3
Afecções cardíacas	03	20
Seqüela AVC	02	13,3
Desmaios	01	6,6
Labirintite	01	6,6
Total	25	166,4

* A somatória do percentual apresentado ultrapassa a totalidade numérica pelo fato dos idosos apresentarem mais de uma patologia.

A tabela 3 apresenta a distribuição de frequência de patologias apresentadas pelos idosos, lembrando que uma mesma pessoa nesta situação pode apresentar mais de uma patologia: 13 (86,6%) casos de hipertensão; 5 (33,3%) casos de diabetes; 3 (20%) com problemas cardíacos; 2 (13,3%) pós Acidente Vascular Cerebral; 1 (6,6%) desmaios; 1 (6,6%) casos de labirintite. Segundo estudos de COSTA, BARRETO & GIATTI (2003, p. 737) a respeito das condições de saúde da população idosa brasileira, a doença relatada com mais frequência pelos participantes do estudo foi hipertensão (43,9%); artrite/reumatismo (37,5%); doença do coração (19%); diabetes (10,3%); asma e bronquite (7,8%) e doença renal crônica (6,8%). Ainda, LIEBER et

al. (2002, p.3) destacam que “as doenças crônicas e patologias degenerativas levam a uma maior demanda por medicamentos”.

6.2.2 Dados específicos do estudo

Os dados específicos do estudo totalizam sete quadros, no entanto, somente o quadro 1 estará na íntegra para uma melhor visualização do Discurso do Sujeito Coletivo. O restante dos quadros encontra-se em Apêndice 3.

QUADRO 1 - IAD1 (Instrumento de Análise de Discurso 1) - Tem ajuda de alguém quando vai tomar sua medicação?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
E1 ML- <i>Tomo sozinho, como foi ensinado no posto e preparo a medicação do meu marido.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A (2ª idéia) Prepara a medicação para outra pessoa. C
E2 MI- <i>Tomo sozinho e dou pra minha mãe de 78 anos como está na receita e pela explicação do posto.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A (2ª idéia) Prepara a medicação para outra pessoa. C
E3 JM- <i>Tomo sozinho como foi explicado e dou a medicação pro meu marido.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A (2ª idéia) Prepara a medicação para outra pessoa. C
E4 ER- <i>Minha esposa me dá.</i>	(1ª idéia) Auxílio de alguém para ingerir a medicação. B
E5 DR- <i>Tomo como foi me explicado e dou pro meu filho que tem problemas mentais.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A (2ª idéia) Prepara a medicação para outra pessoa. C
E6 CM- <i>Tomo sozinha e quando fico na dúvida meu fio ajuda.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A (2 idéia) Quando tem dúvida pede ajuda para o familiar. B
E7 IR- <i>Tomo sozinha.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A
E8 PS- <i>Eu sei, porque mais ou menos eles explicam lá no posto.</i>	(2ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A
E9 YS- <i>Não, tomo sozinha.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A

<i>E10 AS- Minha esposa é que me ajuda.</i>	(1ª idéia) Auxílio de alguém para ingerir a medicação. B
<i>E11 I- Não, tomo sozinha.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A
<i>E12 TJ- Minha filha é que cuida de mim, a minha filha tem até 4ª série, lê e escreve.</i>	(1ª idéia) Auxílio de alguém para ingerir a medicação. B
<i>E13 AB- Minha filha que separa e me dá.</i>	(1ª idéia) Auxílio de alguém para ingerir a medicação. B
<i>E14 AO- Não lembro de cabeça, meu marido ajuda, mas tomo sozinha ele só me exprica.</i>	(1ª idéia) Auxílio de alguém para ingerir a medicação. B
<i>E15 MS- Não, tomo sozinha.</i>	(1ª idéia) Ingere a medicação sozinho. A

Idéia Central A - Ingere a medicação sozinho

Expressões chaves de A

E1 ML- Tomo sozinho, como foi ensinado no posto.

E2 MI- Tomo, como está na receita e pela explicação do posto.

E3 JM- Tomo sozinho, como foi expicado e dou a medicação pro meu marido.

E5 DR- Tomo como foi me explicado.

E6 CM- Tomo sozinha.

E7 IR- Tomo sozinha.

E8 PS- Eu sei, porque mais ou menos eles expricam lá no posto.

E9 YS- Não, tomo sozinha.

E11 I- Não, tomo sozinha.

E15 MS- Não, tomo sozinha.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Tomo sozinho, como foi ensinado no posto [...] tomo como está na receita e pela explicação do posto. Eu sei, porque mais ou menos eles expricam”.

Idéia Central B - Auxílio de alguém para ingerir a medicação

Expressões chaves de B

E4 ER- Minha esposa me dá.

E6 CM- Quando fico na dúvida meu fio ajuda.

E10 AS- Minha esposa é que me ajuda.

E12 TJ- Minha filha é que cuida de mim, a minha filha tem até 4ª série, lê e escreve.

E13 AB- Minha filha que separa e me dá.

E14 AO- Não lembro de cabeça, meu marido ajuda.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Minha esposa me dá, quando fico na dúvida meu fio ajuda, às vezes minha filha cuida de mim, quando eu não lembro meu marido me ajuda”.

Idéia Central C - Prepara a medicação para outra pessoa

Expressões chaves de C

E1 ML- Preparo a medicação do meu marido.

E2 MI- Dou pra minha mãe de 78 anos como está na receita e pela explicação do posto.

E3 JM- Dou a medicação pro meu marido.

E5 DR- Dou pro meu filho que tem problemas mental.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“Preparo a medicação do meu marido, Dou pra minha mãe de 78 anos como está na receita e pela explicação do posto, dou pro meu filho que tem problemas mental”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

No presente estudo, desenvolveu-se a análise das idéias centrais e dos discursos do sujeito coletivo a partir de uma amostra intencional com pacientes idosos.

Da primeira pergunta “tem ajuda de alguém quando vai tomar a medicação?”, nasce a idéia central A: “ingere a medicação sozinho”, que representa no discurso do sujeito coletivo a possibilidade de o idoso ingerir a medicação sem ajuda de outras pessoas. Isto aponta sua autonomia relativa aos procedimentos e cuidados na ingesta de seus medicamentos, valorizando sua responsabilidade pessoal. Para SAYEG (1998, p.97), “um dos propósitos explícitos das políticas de saúde é o de manter, tanto quanto possível, o idoso como um cidadão-ativo, participativo, produtivo e afetivo (...)”. Segundo SILVESTRE & NETO (2003, p. 840), “a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem a necessidade de ajuda, mesmo sendo

portador de uma ou mais enfermidade crônica”. Por outro lado, o idoso pode se encontrar na situação de viver sozinho ou não ter auxílio de alguém para a ingestão da medicação.

CALDAS (2003, p. 775) relata que “a família predomina como alternativa no sistema de suporte informal ao idoso, entretanto é preciso destacar que nem sempre isto se aplica a todos os idosos. Existem os que não têm família e há outros cujos familiares são pobres, precisam trabalhar e se sustentar e não podem cuidar do idoso”. SILVESTRE et al. (1996, p. 85) afirmam que “os problemas de saúde podem ser causados ou agravados pela solidão e baixo nível sócio-econômico. Isto se torna mais intenso no caso de portadores de patologias múltiplas, situação mais comum no idoso, principalmente, no idoso frágil”.

A idéia central B: “tem auxílio de alguém para ingerir a medicação” aponta para a presença de um sujeito coletivo dependente, que necessita de alguém que o faça lembrar da ingestão da medicação ou até fornecer a própria medicação, demonstrando a importância dos familiares ou outras pessoas no tratamento medicamentoso do idoso, criando uma situação que pode, inclusive, interferir na adesão ao tratamento (RODRIGUES, 1996, p. 259). Os dados do estudo de RAMOS et al. (1993, p.88) apontam que apenas 21% dos idosos não contam com nenhuma ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade; 40% contam com o cônjuge (também idoso); 35% com a filha; 11% com o filho e 10% com toda a família.

A idéia central C: “prepara a medicação para outra pessoa” revela que o idoso, além de preparar sua medicação, cuida e prepara a medicação de outra pessoa também, que pode ser o esposo ou, ainda, alguém mais jovem que o próprio idoso, mas incapaz de se cuidar sozinho. É significativo o número de idosos que cuidam de outros idosos na terapêutica medicamentosa. Para ALENCAR (1997, p. 179) “são várias as circunstâncias em que o idoso se transforma em cuidador (...) uma das tarefas mais complexas é a de cuidador do cônjuge. Há também situações em que o idoso permanece cuidador, filhos que por deficiências físicas ou mentais permanecem sob o cuidado dos pais”. O autor ainda relata que “a principal problemática desse arranjo é

que o cuidador e cuidado terão provavelmente uma situação social e de saúde muito semelhantes: será um cuidador que precisa de cuidados”.

Para TEIXEIRA & LEFRÉVE (2001, p. 6), “alguns idosos são autônomos e outros são dependentes. Os idosos são uma categoria para a qual não se pode generalizar, qualquer medida de cuidado com sua saúde deve levar em conta o indivíduo, o momento e a necessidade de uma ação específica”.

IAD2 (Instrumento de Análise de Discurso 2) – Sabe dizer o (s) nome (s) da (s) medicação (ões) que toma, qual (is) os horário (s) e para que servem?

Idéia Central de A - Identifica as medicações pela cor ou pela cartela.

Expressões chaves de A

E1 ML- O amarelinho: só de manhã (8:00), o branco: um de manhã mas eu acho que é de noite também. O vermelho: só de noite (21:00).

E2 MI- Não, só pela cartela. Vou pegar a receita para você.

E5 DR- Trouxe a receita, sei ver pela cartela.

E6 CM- O nome eu não sei, mas posso te mostrar pela cartela. Esse aqui (Captopril). Esse outro (Nifedipina). Esse aqui é (Hidroclorotiazida).

E7 IR- Pela cartela eu sei o nome.

E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor.

E11 I- Não sei falar o nome, só pela cartela.

*E12 TJ- **Filha responde:** Deixe eu lembrar, mas não sei falar o nome vou te mostrando a cartela e contando.*

*E13 AB- **Filha responde:** É bastante, só você lendo e mostrando, não dá para guardar tudo.*

E14 EAO- Não sei que nome é, mas te mostro a cartela, vou buscar a receita e os remédios.

E15 MS- O nome eu me esqueço, mais por cartela eu sei.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Pela cor eu sei, o amarelinho: só de manhã, o branco: um de manhã, o vermelho: só de noite. Trouxe a receita pra você, sei ver pela cartela. Esse aqui (**Captopril**); esse outro (**Nifedipina**); esse aqui é (**Hidroclorotiazida**). Não sei sozinho, pela cor tenho uma noção. Olhando pela cartela eu sei o nome, o nome não sei falar, só pela cartela mesmo. Deixe eu lembra [...] vou te mostrando a cartela e contando. O nome eu me esqueço, mais por cartela eu sei”.

Idéia central de B - Não tem certeza do horário e/ou dosagem

Expressões chaves de B

E1 ML- O amarelinho: só de manhã (8:00)¹, o branco: um de manhã mas eu acho que é de noite também. Achei que era para tomar um só, mas parece que ajudou. O vermelho: só de noite (21:00).

E2 MI- O da diabetes: um de manhã e um à noite. Falaram que é para eu dar depois do almoço, mas às vezes eu dou de manhã e dou à tarde...eu também saio.

*E6 CM- Esse aqui (**Captopril**) às 7:00 e outro às 15:00 e outro às 23:00. Esse outro (**Nifedipina**) às 7:00, esse aqui é (**Hidroclorotiazida**) é um de manhã às 7:00. Todos são pra minha pressão.*

E11 I - Amiodarona: não lembro como toma.

E12 TJ- Nifedipina: noite lá pelas 8:00, o AAS: 1 x ao dia, às vezes dou de manhã, as vezes noite, não sei direito.

E13 AB- Furosemida: 1 comprimidos de manhã ou será no jantar? Propranolol: 1 comprimido no jantar 8:00.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“O amarelinho: só de manhã (8:00), o branco: um de manhã, mas eu acho que é de noite também. Achei que era para tomar um só, mas parece que ajudou. O vermelho: só de noite (21:00). O da diabetes: um de manhã e um à noite. Falaram que é para eu dar depois do almoço, mas às vezes eu dou de manhã e dou à tarde[...]eu também saio. Tem o Amiodarona: não lembro como toma. A Nifedipina é de noite lá pelas 8:00, o AAS é uma vez ao dia, às vezes dou de manhã, as vezes noite, não sei direito. Já o Furosemida, é um comprimidos de manhã... ou será no jantar? E o Propranolol um comprimido no jantar 8:00”.

1 Nota de rodapé: grifo em letra Times New Roman para salientar a linguagem do pesquisador-profissional enfermeiro, com exceção dos nomes das medicações que devem ser em itálico e negrito. Para as respostas dos sujeitos pesquisados, usou-se itálico.

Idéia central de C - Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza.

Expressões chaves de C

E1 ML- Todos são pra pressão.

E2 MI- Captopril, Hidroclorotiazida e Cloreto de magnésio. Tudo pra pressão.

E3 JM- Hidrotiazida, Propanolor e Croreto. Hidrotiazida: esse é a vitamina? Ah, não é o da pressão.

E4 ER- Furosemida, Digoxina, Captopril, Nifepina, Laquitona, AAS e Cinarizina, por causa do derrame, acho que é pra mante a pressão certa, né?

E6 CM- Todos são pra minha pressão.

E8 PS- Todos são pra pressão. Tem um aqui que não sei pra que que é (Cefalexina), mas sabe que eu tomo 1 comprimido por dia e me faz tão bem , você pode me arrumar mais um destes? Tenho que tomar aquele (Cefalexina), mas então agora tenho que tomar, porque to com uma dor nas cadera faz 3 dias, que credo!

E10 AS- Minha esposa é que sabe pra que que é.

E11 I - Espironolactona: quando tenho à tarde, mas não comprei, não sei pra que que é.

E15 MS- Cinarizina. Não sei pra quê.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“Todos os remédios são pra pressão: o Captopril, o Hidroclorotiazida e Cloreto de Magnésio. Hidrotiazida: esse é a vitamina? Ah, não é o da pressão. A Furosemida, Digoxina, Captopril, Nifepina, Laquitona, AAS e Cinarizina, é por causa do derrame, acho que é pra mante a pressão certa, né? Tem um aqui que não sei pra que que é (Cefalexina), mas sabe que eu tomo 1 comprimido por dia e me faz tão bem , você pode me arrumar mais um destes? Eu tenho que tomar aquele (Cefalexina), mas então agora tenho que tomar, porque to com uma dor nas cadera faz 3 dias, que credo! Sabe eu não sei pra que que é, minha esposa é que sabe. Tem um o Espironolactona, não sei pra que que é, também a Cinarizina, não sei pra quê”.

Idéia Central de D - Identifica a medicação lendo o nome

Expressões chaves de D

E3 JM- Hidrotiazida, Propanolor e Croreto.

E4 ER- Esposa responde: pela cartela eu sei ler o nome.

E7 IR- Pela cartela eu sei o nome, eu leio.

E8 PS- E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor. Captopril, AAS, Cinarizina, Dicrofenaco.

E9 YS- Verapamil 240: que é o Proepa, Captopril, Aldacitone: eu tomava o Arelite como não foi encontrado para comprar, estou tomando esse aí, Ranitidina.

E10 AS- A mulher é que sabe. Enalapril: um comprimido manhã 8:00 e um à noite 21:00. Metoprolol: um de manhã 8:00. AAS infantil: dois comprimidos de manhã 8:00.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE D

“O Hidrotiazida, Propanolor e Croreto, pela cartela eu sei ler o nome. Tem o Captopril, AAS, Cinarizina, Dicrofenaco. Tomo o Verapamil 240, que é o Proepa, o Captopril, o Aldacitone, antes eu tomava o Arelite como não foi encontrado para comprar, estou tomando esse aí. Também tem a Ranitidina”.

Idéia Central de E - Não identifica sozinho as medicações

Expressões chaves de E

E4 ER- Não. Minha esposa é que sabe.

E10 AS- Tenho uma noção pela cor, mas é a mulher que sabe: Enalapril: um comprimido manhã 8:00 e um à noite 21:00. Metoprolol: um de manhã 8:00. AAS infantil: dois comprimidos de manhã 8:00. Minha esposa é que sabe pra que que é tudo.

*E12 TJ- **Filha responde:** Deixe eu lembrar, mas não sei falar o nome vou te mostrando a cartela e contando.*

E 13 AB- É bastante, minha filha que me ajuda.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE E

“Não. Minha esposa é que sabe. Tenho uma noção pela cor, mas é a mulher que sabe. Minha esposa é que sabe pra que que é tudo. É bastante minha filha que me ajuda”.

Idéia Central de F - Ingere a medicação em dosagem diferente da prescrição

Expressões chaves de F

E6 CM- Esse aqui (**Captopril**) às 7:00 e outro às 15:00 e outro às 23:00. Esse outro (**Nifedipina**) às 7:00.

E7 IR- Srugeron: um de manhã 9:00 e um noite 9:00. AAS: um de manhã e um á noite, da pressão. Digochina: um de manhã e um á noite. Daonil: 4 vezes ao dia, manhã, armoço, tarde e noite.

E8 PS- AAS: tá guardado, deixe eu ver , tomo um por dia de manhã. Cinarzina: um comprimido por dia. Dicrofenaco: quando tenho dor.

E13 AB- Furosemida: 1 comprimidos de manhã ou será no jantar? São pra não inchar. Propranolol: 1 comprimido no jantar 8:00.

E14 EAO- Captopril: 1 comprimido de noite 9:00. Diclofenaco: tomo 2 de vereda quando to com muita dor.

DISCURSO COLETIVO DE F

“Esse aqui (**Captopril**) às 7:00 e outro às 15:00 e outro às 23:00. **O remédio estava prescrito 2 vezes ao dia e não 3 vezes ao dia.** Esse outro (**Nifedipina**) às 7:00. **Estava errado também essa medicação devia ser ingerida antes de dormir.** O Srugeron: um de manhã 9:00 e um noite 9:00. **Na prescrição somente um de manhã.** AAS: um de manhã e um noite, da pressão. **Na prescrição: 1 vez ao dia.** Digochina: um de manhã e um noite. **Na prescrição um de manhã,** da pressão. Daonil: 4 vezes ao dia, manhã, armoço, tarde e noite. **Na prescrição consta 3 vezes ao dia,** do diabetes. AAS: tá guardado, deixe eu ver , tomo um por dia de manhã. **Na prescrição: 2 comprimidos ao dia.** Cinarzina: um comprimido por dia. **Na precrição médica: ½ comprimido por dia.** O Dicrofenaco: quando tenho dor. O Propranolol: 1 comprimido no jantar 8:00. **Na precrição: ½ comp de manhã e ½ noite.** Diclofenaco: tomo 2 de vereda quando to com muita dor. **Essa medicação não constava na receita”.**

Idéia Central de G -Toma a medicação quando acha necessário

Expressões chaves de G

E7 IR- Tem um que é pros nervos, só tomo de vez em quando, não sei dizer o nome. **Não encontrei na prescrição esse remédio.** Hidrotizida não tomo porque já faço bastante xixi.

E8 PS- Tem um aqui que não sei pra que que é (**Cefalexicina**), mas sabe que eu tomo 1 comprimido por dia e me faz tão bem , você pode me arrumar mais um destes? Dicrofenaco: quando tenho dor. Tenho que tomar aquele (**Cefalexina**) mostra a cartela, mas então agora tenho que tomar, porque to com uma dor nas cadera faz 3 dias, que credo!

E14 EAO- Diclofenaco: tomo 2 de vereda quando tô com muita dor.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE G

“Tem um que é pros nervos, só tomo de vez em quando, não sei dizer o nome. O Hidrotizida já faço bastante xixi. Ah, tem um outro aqui que não sei pra que que é (Cefalexina), mas sabe que eu tomo 1 comprimido por dia e me faz tão bem, você pode me arrumar mais um destes? O Dicrofenaco só tomo quando tenho dor. Viu, tenho que tomar aquele (Cefalexina), mas então agora tenho que tomar, porque tô com uma dor nas cadera faz 3 dias, que credo!”

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Como resposta à pergunta: “sabe dizer o(s) nome (s) das (s) medicação (ões) que toma, qual(is) os horário (s) e para que servem?”, aparece a idéia central de A: “identifica as medicações pela cor ou pela cartela”, que demonstra o modo como os idosos identificam e utilizam as medicações. Vários são os motivos para a utilização desse modo de identificação, e neste estudo destaco principalmente o analfabetismo. Para RODRIGUES, MARQUES & FABRÍCIO (2000, p.48) “os idosos brasileiros, em sua maioria, não tiveram acesso à educação formal e aprenderam a leitura nas experiências do mundo”. Esse discurso será mais profundamente discutido na idéia central: como identifica as medicações.

A seguir, a idéia central de B: “não tem certeza do horário e/ou dosagem”, em que o discurso evidencia um sujeito coletivo que nem sempre ingere suas medicações em horários ou dosagens corretas, demonstrando a importância da função cognitiva na rotina diária do idoso. RODRIGUES, MARQUES & FABRÍCIO (2000, p.49) afirmam que “a função cognitiva expressa a capacidade de conhecer ou entender a situação que a rodeia e faz parte do cotidiano diário de suas vidas”.

A dificuldade em lembrar de ingerir os medicamentos no horário e dosagem correta é um fato comum na população de idosos. RODRIGUES & DIOGO (2002, p.13) apontam que “as alterações no sistema nervoso, que coordena e integra todas as atividades corporais, incluem mudanças do comportamento, falta de memória principalmente para fatos recentes”. FITTEN et al. (1995, p.362) descrevem que “as propriedades cognitivas no paciente idoso encontram-se afetadas, resultando em certa dificuldade para relembrar corretamente os regimes terapêuticos”. Nesse sentido,

torna-se importante a avaliação individualizada referente à função cognitiva do idoso no momento da prescrição da terapêutica medicamentosa e adaptá-la às suas necessidades.

A idéia central de C: “não sabe determinar para que serve cada remédio” destaca o déficit de conhecimento por parte do idoso a respeito da indicação da medicação prescrita, ou ainda, generalizações apontadas nos discursos “todos são para pressão”. Esta ausência de conhecimento pode ser causada também pela baixa escolaridade, dificuldade de entendimento do idoso ou ainda o despreparo dos profissionais de saúde para orientação dos idosos com a terapêutica medicamentosa.

Para O’Connell & Jonhson apud LIEBER et al. (2002, p. 3), “muitos fatores contribuem para a falta de conhecimento do paciente idoso quanto ao seu tratamento: escolaridade, dificuldades auditivas, visuais e cognitivas, falta de acesso às informações”. Os autores (2002, p.3) ainda apontam “...entre outras causas a falta de aconselhamento individualizado, falta de informação escrita e personalizada, reforço nas instruções orais, inabilidade para recordar as informações previamente apresentadas e a falta de um ajudante ou auxiliar na hora da medicação”.

RADHAMANO HAR (1993, p.24), avaliando o conhecimento dos pacientes a respeito de suas doenças e tratamentos, concluiu que “um quarto dos diagnósticos e dos medicamentos eram desconhecidos dos pacientes, implicando em três considerações: os pacientes não eram totalmente informados; a situação não era claramente explicada; quando explicada, os pacientes não entendiam a terminologia médica usada pelo prescritor”.

Diante do exposto acima, os profissionais de saúde, envolvidos na dispensação e orientação da terapêutica medicamentosa, devem ser treinados adequadamente quando a sua clientela alvo o paciente idoso levando em consideração o seu isolamento social, bem como o nível de escolaridade, capacidade cognitiva e outros.

A idéia central D: “identifica a medicação lendo o nome” aponta para um sujeito coletivo alfabetizado que identifica pela leitura os seus medicamentos, situação privilegiada, que favorece uma menor incidência de erros e troca de medicamentos, conseqüentemente uma melhor efetividade e adesão ao tratamento. Para TEIXEIRA &

SPÍNOLA (1998, p. 8), num estudo com 24 idosos, tomar vários medicamentos foi considerado complicado por 100% dos idosos. Esta situação pode ser minimizada para os idosos que sabem ler, no entanto, como já discutido anteriormente, o número de idosos que identificam a medicação pela leitura é reduzido, fazendo com que utilize outras formas de identificar os seus medicamentos.

A idéia central E: “não identifica sozinho as medicações”, aponta que o idoso necessita de alguém que o ajude com suas medicações, seja pelo analfabetismo, pela perda da acuidade visual, auditiva ou cognitiva. KARSCH (2003, p.862) dispõe que “40% dos idosos precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar do dinheiro, preparar refeições...”.

A presença de familiares ou outro cuidador aparece como fator importante para o idoso na identificação de suas medicações e conseqüente adesão ao tratamento proposto. Problemas relativos à linguagem, alfabetização deficiente ou até mesmo às formas de entendimento podem ser resolvidos com medidas específicas de assistência à saúde. LIEBER et al. (2002, p.9) considera que “a solução de tais fatores implica num esforço imaginativo e criativo dos profissionais de saúde ...”.

Para a idéia central F: “ingere a medicação em dosagem diferente da prescrição”, este discurso pode ser confirmado pelos estudos de BLANSKI & LENARDT (2004, p.14) com 45 idosos, referentes aos motivos que interferem na adesão adequada ao tratamento medicamentoso: 11,1% dos idosos não entenderam a explicação da equipe de enfermagem; 11,1% dos idosos não entenderam a prescrição médica; 6,6% idosos sentem-se bem e não acham necessário o uso da medicação. TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998, p.7) obtiveram os seguintes dados: 33,3% dos entrevistados relataram já ter tomado dose menor e 12,6% comentaram ter tomado dose maior do medicamento prescrito. Os motivos para esses comportamentos foram o engano, o esquecimento ou quando acham que o remédio não está funcionando.

Ingerir medicação em dosagem diferente do prescrito pelo médico é comum entre os idosos, por inúmeros motivos. Para PEPE & CASTRO (2000, p.3), “o uso adequado dos medicamentos não depende apenas de uma prescrição de qualidade, mas é fruto de uma dispensação responsável, onde a interação paciente/profissional de

saúde possibilita a emergência de expectativas, demandas e troca de informações que terão consequência direta no resultado da terapia’.

A idéia central G: “toma a medicação quando acha necessário ou quando estão sentindo alguma coisa” reflete a capacidade de que o idoso acredita ter de autodiagnóstico e de se automedicar com o apoio de familiares, vizinhos, influenciado pelo meio social e cultural em que vive. São baixas as porcentagens de pacientes que cumprem a prescrição medicamentosa, conforme os estudos de TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998, p.7) já citados anteriormente, 37,5% tomam o medicamento dependendo do que sentem; 20,8% tomam um pouco; 33,8% quase totalmente e somente 8,4% tomam totalmente.

Sob o ponto de vista de CAR, PIERIN & AQUINO (1991, p.259), “apenas 1/3 dos pacientes sempre ingerem a medicação conforme a prescrição, outro terço às vezes e 1/3 raramente ou nunca”. A condição crônica de saúde e conseqüente ingesta contínua de medicação leva à possibilidade de desgastes nas atividades que são impostas pela cronicidade. A repetição das atividades dão origem a uma rotina que se torna cansativa e passível de rejeição.

Para CONRAD (1985, p.30), a situação em que alguns pacientes mais ativos desenvolvem com seu tratamento uma espécie de teste denominada de auto-regulação (self-regulation) significa “uma forma de avaliar o estado atual da doença e da possibilidade de retirar ou diminuir a dose de medicamentos, que acontece principalmente em portadores de doenças crônicas”. Para o paciente, o ato de ingerir o medicamento regularmente o faz lembrar que ele é doente crônico, estigma que ele mesmo tenta superar.

IAD3 (Instrumento de Análise de Discurso 3) – Como identifica as medicações?

Idéia Central de A - Pela cor ou pela cartela

Expressões chaves de A

E1 ML- Pela cor. Eu sei ler, mas pela cor que é melhor.

E2 MI- Pela cartela [...] eu marco as cartelas de remédio né? Vejo pela cartela quanta milgramas...

E3 JM- Pelo nome, cor e faz tempo que uso dessa medicação.

E5 DR- Pela cor das caixinhas, esse eu sei que é Digoxina, às vezes não sei dizer o nome, mas sei qual é...

E6 CM- Esse aqui eu sei que é o vermelhinho, esse aqui eu sei que ele é amarelinho [...] daí quando eu me confundo um pouco com o outro dava diferente desse aqui [...] esse outro que eu tinha que eu tava tomando era diferente, de outro tipo. Ele era branco sabe, mas era o mesmo comprimido só mudava a cartela.

E7 IR- Pela cartela eu sei o nome.

E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor.

E11 I- Pela cor.

*E12 TJ- **Filha responde:** Deixe eu lembrar, mas não sei falar o nome, vou te mostrando a cartela e contando.*

E14 AO- Mas olho pela cor e a cartela eu divulgo aqui, eu sei qual que é.

E15 MS- Pela cartela, eu já estou tão acostumado que só de olhar já sei.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Pela cor, eu sei ler, mas pela cor que é melhor. Pela cartela [...] eu marco as cartelas de remédio né? Vejo pela cartela quanta milgramas [...] Acho que pela cor das caixinhas, então, esse eu sei que é Digoxina, às vezes, não sei dizer o nome, mas sei qual é. Esse aqui eu sei que é o vermelhinho, esse aqui eu sei que ele é amarelinho [...] daí quando eu me confundo um pouco com o outro dava diferente desse aqui [...] porque esse outro que eu tinha que eu tava tomando era diferente, de outro tipo. Ele era branco sabe, mas era o mesmo comprimido só mudava a cartela. Pela cartela eu sei o nome, pela cor também Deixa eu lembrar, mas não sei falar o nome, vou te mostrando a cartela e contando. Quando olho pela cor e a cartela eu divulgo aqui, eu sei qual que é”.

Idéia Central de B - Analfabeto

Expressões chaves de B

E1 ML- Eu sei ler, mas pela cor que é melhor, eu nem sei quase ler.

E2 MI- Eu marco pelo remédio, eu sei, marco na idéia porque eu conheço o remédio. Que nem o da mãe é esse Nidipina, também o Captopril e esse outro pra diabete, a gente conhece [...]

*E4 ER- **Esposa responde:** ele não sabe nada sou que levo tudo certo pra ele.*

E5 DR- Não sei ler , nem escrever direito.

E13 AB- Eu não sei minha filha é que sabe, não sei ler nem escrever, fui criado nos mato.

E14 AO- Eu tô na escola, mas ainda não leio quase nada, só meu marido.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Eu sei ler, mas pela cor que é melhor [...]. Eu marco pelo remédio, eu sei, marco na idéia porque eu conheço o remédio. Que nem o da mãe é esse Nidipina, também o Captopril e esse outro pra diabete, a gente conhece [...] Eu tô na escola, mas ainda não leio quase nada, só meu marido. Ele não sabe nada sou que levo tudo certo pra ele. Eu não sei ler, nem escrever direito. Sabe, eu não sei, minha filha é que sabe, não sei ler nem escrever, fui criado nos mato”.

Idéia Central de C - Identifica a medicação pelo nome/Alfabetizado

Expressões chaves de C

E3 JM- Pelo nome, cor e faz tempo que uso dessa medicação.

*E4 ER- **Esposa responde:** nome e pelo tempo que uso o remédio.*

E7 IR- Pela cartela eu sei o nome, eu leio.

E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor.

E9 YS- Eu leio e olho a embalagem

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“Pelo nome [...] eu sei ler a receita. Eu leio e olho a embalagem”.

Idéia Central de D Pelo tempo de uso

Expressões chaves de D

E2 MI- Pela cartela, sei ler um pouco porque eu já estou acostumada. Eu marco pelo remédio, eu sei, marco na idéia porque eu conheço o remédio. Que nem o da mãe é esse Nidipina, também o Captopril e esse outro pra diabete, a gente conhece...eu marco as cartelas de remédio né? Vejo pela cartela quanta miligramas, se for pra mim ler só, não dá

E3 JM- Pelo nome, cor e faz tempo que uso dessa medicação.

*E4 ER- **Esposa responde:** nome e pelo tempo que uso o remédio, ele não sabe nada sou que levo tudo certo pra ele.*

*E12 TJ- **Filha responde:** Já estou acostumada com os remédios, to prática.*

E15MS- Pela cartela, eu já estou tão acostumado que só de olhar já sei.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE D

“[...] porque eu já estou acostumada. Eu marco pelo remédio, eu sei, marco na idéia porque eu conheço o remédio. Que nem o da mãe é esse Nidipina, também o captopril e esse outro pra diabete, a gente conhece [...] eu marco as cartelas de remédio né? Faz tempo que uso dessa medicação. Já estou acostumada com os remédios, to prática, eu já estou tão acostumado que só de olhar já sei”.

Idéia central de E - Recebe ajuda de familiar

Expressões chaves de E

E4 ER- Ele não sabe nada sou que levo tudo certo pra ele.

E6 CM- Um dia eu cheguei do posto eu perguntei pro meu filho que ele chega sempre 12:30 daí pega o ônibus da 13:00 para trabalhar. Ele me ajuda, ele vê né porque esse outro que eu tinha que eu tava tomando era diferente, de outro tipo.

E10 AS- Minha esposa me dá.

E13 AB- Eu não sei minha filha é que sabe, não sei ler nem escrever, fui criado nos mato.

E14 AO- Só meu marido, eu dou a receita pra ele e ele explica pra mim.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE E

“Ele não sabe nada sou que levo tudo certo pra ele. Sabe um dia eu cheguei do posto eu perguntei pro meu filho que ele chega sempre 12:30 daí pega o ônibus da 13:00 para trabalhar. Ele me ajuda, ele vê né porque esse outro que eu tinha que eu tava tomando era diferente, de outro tipo. Minha esposa me dá, minha filha é que sabe, não sei ler nem escrever, fui criado nos mato [...]”.

Idéia Central de F - Uso de caixinhas para identificar a medicação

Expressões chaves de F

E5 DR- Não sei ler , nem escrever direito. Pela cor das caixinhas, esse eu sei que é Digoxina, às vezes não sei dizer o nome, mas sei qual é. Outro dia fiz uma revirança e tive que jogar os comprimidos, porque eu não sabia se era a Digoxina ou outro comprimido, tive que jogar fora e começar de novo. Agora tem uma caixinha para apartar os comprimidos.

E13 AB- Filha responde: *sempre olho na receita, mas no posto separam por caixinhas senão me perco.*

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE F

“Não sei ler, nem escrever direito. Pela cor das caixinhas, esse eu sei que é Digoxina, às vezes não sei dizer o nome, mas sei qual é. Outro dia fiz uma revirança e tive que jogar os comprimidos, porque eu não sabia se era a Digoxina ou outro comprimido, tive que jogar fora e começar de novo. Agora tem uma caixinha para apartar os comprimidos. Eu sempre olho na receita, mas no posto separam por caixinhas senão me perco”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

A idéia central de A: “identifica as medicações pela cor ou pela cartela”, como resposta à pergunta: “como identifica as medicações?”, demonstra o modo como os idosos identificam e utilizam as medicações. Vários são os motivos para a utilização desse modo de identificação, mas neste estudo percebeu-se como principal fator o analfabetismo.

O conhecimento apresentado pelo idoso para identificação da medicação está alicerçado na linguagem visual, por meio da forma, cor e dimensão dos comprimidos, cápsulas ou embalagens. O elemento cor é extremamente importante no momento da identificação. Segundo DONDIS (1997, p.64) “a cor tem afinidade com as emoções, a cor está de fato, impregnada de informações, e é uma das mais penetrantes experiências visuais que todos temos em comum (...) cada uma das cores tem inúmeros significados associativos e simbólicos”.

Nesse sentido, os idosos atribuem significado para as cores dos comprimidos, para determinarem a identificação e finalidade de cada medicação. CHEVALIER & GHEERBRANT (1993, p.3) observaram que “o primeiro caráter do simbolismo das cores é a sua universalidade, não só geográfica, mas em todos os níveis do ser e do conhecimento, cosmológico, psicológico, místico, etc (...) as cores permanecem, no entanto, sempre e sobretudo como fundamentos do pensamento simbólico”.

Outro elemento utilizado é a forma, cujas características facilitam o modo de como o idoso irá memorizar cada medicação. Para DONDIS (1997, p. 57-58) “cada uma das formas tem suas características específicas, e a cada uma se atribui um grande

número de significados, alguns por associação, outros por vinculação arbitrária, e outros ainda, através de nossas próprias percepções psicológicas e fisiológicas”.

Outro fator a ser considerado na identificação da medicação é a dimensão, um importante elemento visual em relação à comparação do tamanho dos comprimidos, drágeas ou cápsulas e uma outra maneira utilizada frequentemente pelos idosos na terapêutica medicamentosa.

A idéia central B: “analfabeto” prepondera, pois os idosos deste estudo possuem baixa escolaridade e somente pequena parcela tiveram acesso à educação formal por vários fatores enumerados anteriormente. Esse dado leva a concluir que a compreensão do idoso em relação à terapêutica medicamentosa está intimamente ligada ao seu grau de escolaridade. No entanto, para esses sujeitos, medidas alternativas de identificação são utilizadas como a linguagem visual: cor, forma, dimensão, uso de caixinhas, copinhos etc. Para LIEBER et al. (2002, p.8), “idosos que têm dificuldades visuais, de memória, força muscular e outras, obrigam de certa forma, a revisão das formas farmacológicas, embalagens, rótulos...”.

A idéia central C: “identifica a medicação pelo nome/alfabetizado” revela um sujeito coletivo autônomo, com boa memória, que consegue ler a prescrição medicamentosa e utilizar o medicamento da maneira mais correta possível. Esta é uma condição possível apenas para uma pequena porcentagem dos sujeitos pesquisados.

A idéia central D: “pelo tempo de uso” aponta para um sujeito coletivo que confia em sua memória e, assim a rotina diária da ingesta da medicação e o tempo de uso revelam-se um fator positivo que auxilia na identificação do medicamento.

A idéia central E: “recebe ajuda de familiar” diz respeito à compreensão dos idosos em relação à identificação, dosagem e horários de ingesta não é suficiente e o idoso procura apoio familiar. Ao trabalhar com idosos, deve-se considerar que existem aqueles independentes que prescindem de ajuda de outrem para lhes oferecer remédio, necessitando apenas orientação na dosagem e nos horários. Os parcialmente dependentes necessitam de um cuidador para lembrá-los e/ou ajudá-los no momento em que devem tomar o remédio. Finalmente, os dependentes que necessitam de um cuidador para que administre o remédio e verifique possíveis reações adversas. Em

todos esses casos, fica claro, mais uma vez, o papel do cuidador, aqui representado pelo familiar, no momento da identificação da medicação, bem como do profissional de saúde responsável pela dispensação. Para LENARDT & TUOTO (2004, p.18), “a família é fator decisivo no sistema de conhecimento e cuidado do idoso (...) o familiar é importante no processo de identificação e organização da terapêutica”.

A idéia central F: “uso de caixinhas para identificar a medicação” revela a presença de sujeito coletivo utilizando outro mecanismo que o auxilia na identificação da medicação. É possível perceber a importância do cuidador para o idoso que sente dificuldades na identificação dos medicamentos. O cuidador é uma pessoa que, envolvida no processo de cuidar do outro – o idoso, vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que tem como resultado a descoberta de potencialidades mútuas.

O idoso possui particularidades e ninguém melhor que seu cuidador para conhecê-lo, por isso considerada, então, a pessoa capacitada para usar a criatividade e auxiliar o idoso na terapêutica medicamentosa.

IAD4 (Instrumento de Análise de Discurso 4) – quando chega em casa e vai ler a prescrição médica dos medicamentos já encontrou alguma dificuldade?

Idéia Central de A - Entende a explicação do profissional da unidade de saúde.

Expressões chaves de A

E1 ML- Não, entendo a explicação do pessoal na hora que pego a medicação.

E2 MI- É porque eles já explicam como dar o remédio no posto, já explicou e ficou claro nas idéias, porque se só ler eu não entendo né? Eu gosto que explique.

E5 DR- Não sei ler, mas entendo [...]

E8 PS- Não sei ler, só pela explicação do pessoal.

E15 MS- Eu entendo a explicação.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Não, entendo a explicação do pessoal na hora que pego a medicação. É porque eles já explicam como dar o remédio no posto, já explicou e ficou claro nas idéias, porque se só ler eu não entendo né? Eu gosto que explique. Sabe, eu não sei ler, mas entendo [...] só pela explicação do pessoal”.

Idéia Central de B - Está acostumada

Expressões chaves de B

E3 JM- Não, já estou acostumada

*E4 ER- **Esposa:** nossa faz 8 anos que esse homem ta tomando já estou acostumada, ele não tomava tudo esses remédios, agora por último*

E7 EI- Não, já estou acostumada.

*E10 AS- **Esposa responde:** já faz tanto tempo que já sei tudo.*

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Não, já estou acostumada, faz 8 anos que esse homem ta tomando já estou acostumada, ele não tomava tudo esses remédios, agora por último [...] já faz tanto tempo que já sei tudo”.

Idéia Central de C - Procura ajuda quando tem dúvida.

Expressões chaves de C

E1 ML- Tem só um remédio que eu peguei no terminal que eu nem comecei a tomar que o médico daqui me receitou, que é um monte de comprimido. Não sei o nome do remédio, não sei como tomar, vocês tem que me explicar. Será que posso tomar 2 remédios juntos? Essa é que é a minha confusão, você me ajuda?

E5 DR- Não sei ler, mas entendo e quando não entendo pergunto pra alguém

E6 CM- Na verdade eu não entendo nada sem ajuda. O filho lê e me explica, se eu me atrapalho muito chamo a ACS daí ela vem e dá tudo certo.

*E13 AB- **Filha responde:** Eu peço pro pessoal do posto separar, só ler não dá certo, às vezes a ACS me ajuda.*

E14 AO- Meu marido pega a receita, entende e me exprica.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“Tem só um remédio que eu peguei no terminal que eu nem comecei a tomar que o médico daqui me receitou, que é um monte de comprimido. Não sei o nome do remédio, não sei como tomar, vocês tem que me explicar. Será que posso tomar 2 remédios juntos? Essa é que é a minha confusão, você me ajuda? Não sei ler, mas entendo e quando não entendo pergunto pra alguém. Bem na verdade, eu não entendo nada sem ajuda. O filho lê e me explica, se eu me atrapalho muito chamo a ACS daí ela vem e dá tudo certo. Também eu peço pro pessoal do posto separar, só ler não dá certo, outras vezes meu marido pega a receita, entende e me exprica”.

Idéia Central de D - Entende a prescrição

Expressões chaves de D

E9 YS- Não, entendo a prescrição.

E11 I- Eu leio essa daqui (computadorizada), mas essa daqui (manuscrita) não.

E12 TJ- Não, eu entendo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE D

“Não, entendo a prescrição. Eu leio essa daqui (computadorizada), mas essa daqui (manuscrita) não”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

A idéia central de A: “entende a explicação do profissional da unidade de saúde” em resposta à pergunta “quando chega em casa e vai ler a prescrição médica com medicamentos já encontrou alguma dificuldade?” revela a importância do profissional de saúde para adesão à terapêutica medicamentosa. Certas atitudes como linguagem utilizada, o tempo dispensado na consulta médica, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia medicamentosa, para LEITE & VASCONCELOS (2003, p. 6), são considerados fatores positivos para estimular o idoso em sua terapêutica medicamentosa.

Para LENARDT & TUOTO (2004, p.22), “as lacunas entre nós profissionais que somos alfabetos de escrita e os idosos alfabetos visuais, definem as verdadeiras fronteiras da compreensão das coisas. Quando negamos por completo a realidade dos próprios conhecimentos e possibilidades dos idosos durante as situações de cuidado, isto equivale a nos isolar deste conhecimento e das possibilidades de relação, interação, entre nós e eles”.

TEIXEIRA (1996, p.167) afirma que “o cuidado não é realizado de modo arbitrário pelos sujeitos, mas norteado pelas prescrições dos profissionais de saúde (...) pois há uma preocupação em seguir o que é recomendado, mesmo quando o cuidado é realizado em casa”.

A afirmação de que os idosos entendem a explicação do profissional de saúde nem sempre é verdadeira, pois quando questionados a respeito de horários, dosagem ou para que serve o medicamento, os idosos apresentavam dificuldades de entendimento da prescrição medicamentosa. MILSTEIN-MOSCATI & CASTRO (2000, p.173) confirmam que “o paciente pode esconder do entrevistador ou médico a forma como realiza o tratamento na realidade”, seja por medo, insegurança, vergonha, presença de pessoa fora de seu convívio pesquisando seus hábitos de vida, entre outros.

A idéia central B: “está acostumada” aponta novamente o tempo de uso dos medicamentos como um aspecto positivo para a identificação da medicação, no entanto, tal costume de estar usando há algum tempo não significa estar utilizando adequadamente a medicação.

A idéia central C: “procura ajuda quando tem dúvida” revela que o idoso procura alguém para solucionar suas dúvidas quando as tem, seja por medo das possíveis reações adversas, medo de ficar sem o medicamento ou terem o quadro clínico agravado e uma possível internação hospitalar. Dentre as pessoas procuradas pelos sujeitos têm-se familiares, vizinhos, profissionais de saúde ou agente comunitário de saúde, quase sempre o que estiver mais perto no momento da dúvida. GIBBS, WATERS & GEORGE (1988, p. 725) ressaltam “a despeito da vasta prescrição de medicamentos para idosos, o conhecimento que os mesmos têm a respeito dela é inadequado”. Esse discurso pode ser justificado pela falta de informação que é dispensada ao idoso no ato da consulta ou no momento da dispensação de medicação. “A informação prestada ao paciente no ato da dispensação é tão ou mais importante que o próprio medicamento por ele recebido” (PEPE & CASTRO, 2000, p. 6).

Nessa perspectiva, a orientação individual ao idoso no ato da dispensação, levando em consideração o seu saber, suas expectativas e seus interesses, oportuniza a criação de um novo vínculo assistencial, possibilitando a avaliação das potencialidades e dificuldades dos idosos que possam comprometer o seu acesso ao tratamento medicamentoso.

Finalmente, a idéia central D: “entende a prescrição” aponta um sujeito coletivo que teve acesso à educação formal, conseqüentemente sabe ler e então consegue assimilar as informações contidas na prescrição médica, tem o apoio familiar ou entende a linguagem utilizada pelos profissionais no momento da dispensação. “A função informativa e educativa da dispensação torna-se peça chave na cadeia de assistência à saúde” (PEPE & CASTRO, 2000, p.3).

Por outro lado, existe uma lacuna entre o que se sabe e o que se faz, ou seja, o fato de o idoso possuir conhecimento do tratamento medicamentoso não significa uma mudança de comportamento efetivo. Neste processo, há que se considerar as percepções individuais de saúde, hábitos de vida, crenças e valores.

Conforme DOWELL & HUDSON (1997, p.370), a questão da adesão ao tratamento medicamentoso, a partir da perspectiva do usuário, apresenta um “modelo de decisão terapêutica”. Segundo este modelo “há na população de usuários de medicamentos três tipos: os que aceitam e procuram cumprir a prescrição médica, os que aceitam as prescrições, porém não sem testar variações da prescrição e então optar pelo seguimento ou não, e os sépticos que não aceitam as prescrições médicas”. Os autores afirmam ainda que a aceitação do tratamento está relacionada com a aceitação do paciente em relação a sua doença e não tanto com outros fatores.

IAD5 (Instrumento de Análise de Discurso 5) – Onde armazena a medicação?

Idéia Central de A -Dentro do guarda-roupa

Expressões chaves de A

E1 ML- Sacola dentro do guarda-roupa, uma sacolinha que eu pego e guardo.

E2 MI- Guarda-roupa, mas eu separo a minha do dela (mãe).

E10 AS- Na sacola no guarda-roupa junto com a da mulher.

E11 I- Sacola dentro do guarda-roupa.

E12 TJ- Guardo numa cestinha só ele em cima do guarda-roupa.

E13 AB- Caixinhas com manhã, tarde e noite no guarda-roupa.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Sacola dentro do guarda-roupa, uma sacolinha que eu pego e guardo [...] mas, eu separo a minha do dela (mãe). Numa cestinha só ele em cima do guarda-roupa. Algumas vezes em caixinhas com manhã, tarde e noite no guarda-roupa”.

Idéia Central de B - Na gaveta da máquina de costura e na gaveta da pia.

Expressões chaves de B

E3 JM- Na gaveta da máquina de costura tá o dele e na gaveta da pia a minha, eu separo, eu já nem ponho junto.

E4 ER- Na gaveta da máquina de costura.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Na gaveta da máquina de costura tá o dele e na gaveta da pia a minha, eu separo, eu já nem ponho tudo junto”.

Idéia Central de C - Dentro da caixa de remédio e/ou caixa de sapato

Expressões chaves de C

E5 DR- Dentro da caixinha do remédio e depois ponho dentro de uma caixa de sapato, quando minhas netinhas vem eu escondo. Separo a minha da do meu filho, Deus me livre uma vez já tomei enganado e dormi um tempão.

E6 CM- Eu guardo, eu guardo na caixinha tudo daí eu sei separar. Eu ponho durante o dia assim, o comprimido que é com o café perto da xícara e o do almoço perto dos pratos. Separo um em cada copinho.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO C

“Dentro da caixinha do remédio e depois ponho dentro de uma caixa de sapato, quando minhas netinhas vem eu escondo. Separo a minha da do meu filho, Deus me livre uma vez já tomei enganado e dormi um tempão. Eu guardo, eu guardo na caixinha tudo daí eu sei separar”.

Idéia Central de D - Armário da Cozinha

Expressões chaves de D

E7 IR- Na gaveta do armário da cozinha.

E8 PS- No guarda armário da cozinha.

E9 YS- Na sacola em cima do armário da cozinha separada do marido.

E14 AO- Sacola dentro do armário da cozinha.

E15 MS- Num pacote separado, no armário da cozinha.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE D

“Na gaveta do armário da cozinha. Sabe, na sacola em cima do armário da cozinha separada do marido”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

A idéia central A: “dentro do guarda-roupa”, a idéia central B: “na gaveta da máquina de costura e na gaveta da pia”, a idéia central C: “dentro da caixa de remédio e/ou caixa de sapato”, a idéia central D: “armário da cozinha”, como resposta à pergunta: “onde armazena a medicação?”, apontam um sujeito que armazena suas medicações no local de acesso restrito a ele, considerado protegido, de segurança e de fácil acesso, talvez no local mais próximo de seus afazeres do dia-a-dia e/ou que permanece mais tempo. Os discursos ainda destacam o sujeito coletivo que opta por armazenar sua medicação em local onde há maior facilidade de identificá-la e associá-la aos horários de ingesta, em local que permanece mais tempo do seu dia,

O idoso apresenta uma lógica de armazenamento que tem significado singular para ele, uma vez que, são lugares experimentados e sentidos como seguros, de fácil acesso e restrito, o que nem sempre é possível. No entanto, esta lógica mostrada pelos idosos pode oferecer riscos à sua saúde, pelos seguintes motivos: armazenamento das várias medicações unidas em um só local pode contribuir para a “mistura” dos medicamentos com os de seu do cônjuge e/ou familiar, facilitando a confusão e a troca de horários e medicação.

É importante ressaltar que as medicações devem ser guardadas em local limpo e arejado, livre da exposição solar, umidade e mofo, mas, como nem sempre isto é realizado, pode interferir na eficácia da terapêutica medicamentosa. Há o risco de se guardarem as medicações de uso contínuo com outras medicações, muitas vezes com o prazo de validade vencidos, medicamentos deteriorados ou com a embalagem violada. Entretanto, para os idosos são lugares da casa que contêm sentidos especiais e que podem facilitar a adesão ao tratamento pela facilidade de acesso e de memorização do horário da ingesta do medicamento.

O processo de significação é também um processo de comunicação do idoso com os medicamentos, num mundo que ele mesmo criou.

IAD6 (Instrumento de Análise de Discurso 6) – Sente efeitos colaterais?

Idéia Central de A -Não sente efeitos colaterais

Expressões chaves de A

E1 ML- Não, tinha só um comprimido que era difícil de engolir. Não lembro o nome, faz tempo que eu tomava.

E5 DR- Não.

E6 CM- Não sinto nada. Sinto que fico bem né? Eu comecei a tomar com leite, é bem melhor.

E11 I- Nenhum faz mal.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Não, tinha só um comprimido que era difícil de engolir. Não lembro o nome, faz tempo que eu tomava [...] não sinto nada, sinto que fico bem né? Eu comecei a tomar com leite, é bem melhor. Nenhum faz mal”.

Idéia Central de B - Sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação

Expressões chaves de B

E2 MI- Tosse na mãe, mas depois que o médico o Isaías (que é farmacêutico) me explicou que é o do Captopril. O Cloreto de Magnésio: esse é ruim e até que eu parei de dar, eu tava comprando e ela quase nem tava tomando é ruim mesmo. Eu também tomei mas dei uma parada, eu enjoiei é ruim de tomar.

E3 JM- O tal de Croreto meu estômago não pode aceitar, eu tenho o remédio comprado e não tenho coragem nem de preparar.

E4 ER- O Ginko Biloba e o Croreto faz mal não tomo e também não dou pra ele, ele diz que dói a barriga.

E15 MS- O marrom (Nifedipina), incha os pés e pernas e me dei vermelhidão, daí o médico mandou parar.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Tosse na mãe, mas depois que o médico o Isaías (que é farmacêutico) me explicou que é o do Captopril. O Cloreto de Magnésio: esse é ruim e até que eu parei de dar, eu tava comprando e ela quase nem tava tomando é ruim mesmo. Eu também tomei mas, dei uma parada, eu enjoiei é ruim de tomar [...] o meu estômago não pode aceitar, eu tenho o remédio comprado e não tenho coragem nem de preparar. Tem também o Ginko Biloba [...] faz mal não tomo e também não dou pra ele, ele diz que dói a barriga. O marrom (Nifedipina), incha os pés e pernas e me dei vermelhidão, daí o médico mandou parar”.

Idéia Central de C - Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação

Expressões chaves de C

E7 IR- O AAS faz mal pra mim dá secura na boca, mas continuo a tomar.

E8 PS- A Cinarzina me dá dor de estômago, mas eu tenho que tomar..

E9 YS- Enalapril dá tosse, mas o médico falou que é normal, então eu tomo.

E10 AS- Às veis tontura e sonolência, mas eu tomo todo dia.

E12 TJ- Um pouco de sede, mas eu tomo sim.

E13 AB- Às vezes, dá tipo ânsia, tontura e moleza, mas eu tenho que tomar, né?

E14 AO- Só o da bexiga eu tomei com o estômago vazio e parece que ia me dar um negócio, depois que tomei com o estômago cheio deu certo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“O AAS faz mal pra mim dá secura na boca, mas continuo a tomar, a Cinarzina me dá dor de estômago, mas eu tenho que tomar, o Enalapril dá tosse, mas o médico falou que é normal, então eu tomo. Sinto as veis tontura e sonolência, mas eu tomo todo dia, também um pouco de sede. Às vezes, dá tipo ânsia, tontura e moleza, mas eu tenho que tomar, né? Tem o da bexiga eu tomei com o estômago vazio e parece que ia me dar um negócio, depois que tomei com o estômago cheio deu certo”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

A idéia central A: “não sente efeitos colaterais” aponta um discurso que demonstra um sujeito coletivo capaz de ingerir seus medicamentos sem ocasionar efeito colateral. No entanto, esta é uma característica apenas de um pequeno grupo, porque em sua maioria os pacientes geriátricos apresentam alto índice de reações adversas aos medicamentos, como será discutido nas idéias centrais a seguir.

Com relação à idéia central B: “sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação”, ARAÚJO (2002, p.162) destaca que “o potencial para o desenvolvimento

de interações medicamentosas aumentam com o avançar da idade, com o número de medicamentos em uso ou com o número de médicos que cuidam de um mesmo paciente. Tendo sido sugerido que esse potencial é da ordem de 100% quando o número de medicamentos prescritos atinge oito”.

Segundo PEREIRA (2002, p. 1220), a prescrição de medicamentos, “representa um verdadeiro desafio por causa dos vários fatores peculiares deste grupo etário (...) múltiplos processos patológicos, influências ambientais e variações genéticas combinam-se com as alterações fisiológicas da velhice para interferir na farmacocinética e farmacodinâmica das medicações usadas nessa população heterogênea”. Em concordância com o descrito acima, TEIXEIRA & LEFRÉVE (2001, p.3) relatam que “o conhecimento a respeito da eficácia ou segurança de muitos medicamentos para o delicado organismo dos idosos é freqüentemente escasso”. Quando se fala em cumprimento da terapêutica medicamentosa, os idosos relatam o medo dos efeitos secundários em seu organismo, então suspendem por conta própria a medicação. Eles têm em mente que não se pode ingerir um medicamento que está causando dano, ao invés de benefício ao organismo, então se busca apoio do profissional de saúde para explicação dos efeitos adversos, ocorrendo a interrupção do uso da medicação enquanto os esclarecimentos necessários não forem fornecidos.

Relativamente à idéia central C: “sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação”, os idosos apresentam elevado índice de reações adversas aos medicamentos causadas, principalmente pelos seguintes fatores: doenças crônicas múltiplas que exigem tratamento com drogas potentes; prescrições simultâneas de diversos médicos; desobediência ao regime terapêutico pelo paciente; automedicação irracional; falta de instruções ao paciente sobre os medicamentos prescritos e aos de venda livre; modificações orgânicas causadas pelo envelhecimento que alteram a farmacocinética e farmacodinâmica das drogas (PEREIRA, 2002, p. 1224). No entanto, cerca de 10% das interações medicamentosas resultam em eventos clínicos significativos (...) tais como presença de confusão, fraqueza, incontinência, letargia, tonturas, depressão ou quedas (ARAÚJO, 2002, p.162).

IAD7 (Instrumento de Análise de Discurso 7) – Já deixou de tomar alguma medicação prescrita?

Idéia central de A - Não

Expressões chaves de A

EM1- Não, Deus me livre.

E8 P- Não

E9 YS- Não

E10 AS- Nunca.

E11 I-Não.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE A

“Não, Deus me livre. Nunca”.

Idéia central de B - Sim

Expressões chaves de B

E2 MI- O Cloreto de Magnésio, faz mal.

E5 DR- Outro dia, ele chegou molhado em casa (marido) eu comecei a brigar com ele e daí esqueci de tomar o remédio do coração, de noite eu não podia dormir tive que levantar, caminhar pela casa inteira, abrir a janela que tava me incendiando o rosto e meu coração véio tava disparado. Eu tenho que ta com o meu juízo bem, bem sossegado para tomar meus remédios, porque se acontecer qualquer coisa que eu fique nervosa, esqueço de tomar e fico ruim.

E6 CM- Só deixei de tomar aquele outro comprimido que eu pegava no posto do idoso (AAS), era para formigação na mão, não sei porque parei. De noite me dá formigação na mão eu acordo amortecida e começo a esfregar a mão pra vê se melhora.

E7 IR- AAS, fez mal pra mim.

E12 TJ- Só o Diabinese porque o médico mandou parar.

E15 MS- Só esse que me fez mal (Nifedipina), tive tipo reação alérgica, mas o médico já trocou.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE B

“Já o Cloreto de Magnésio, faz mal. Outro dia, ele chegou molhado em casa, eu comecei a brigar com ele e daí esqueci de tomar o remédio do coração, de noite eu não podia dormir

tive que levantar, caminhar pela casa inteira, abrir a janela que tava me incendiando o rosto e meu coração véio tava disparado. Eu tenho que tá com o meu juízo bem bem sossegado para tomar meus remédios, porque se acontecer qualquer coisa que eu fique nervosa, esqueço de tomar e fico ruim. Deixei de tomar aquele outro comprimido que eu pegava no posto do idoso (AAS), era para formigação na mão, não sei porque parei. De noite me dá formigação na mão eu acordo amortecida e começo a esfregar a mão pra vê se melhora. O Diabinese porque o médico mandou parar. Esse que me fez mal (Nifedipina), tive tipo reação alérgica, mas o médico já trocou”.

Idéia central de C - Depende

Expressões chaves de C

E3 JM- O dia que eu não to boa de noite eu não agüento de dor de cabeça, acha que é o da pressão, daí não tomo.

E4 ER- Só quando faz mal a mulher não me dá. Esposa: parei de dar o remédio porque ele se sentia muito mal. Era para dar um de manhã e um à noite, daí não to dando mais, o Jairo fez um teste para ver se era a barriga que tava doendo dele, ele tomou um [...] é que da muita viração no estômago, muita ruindade, ele fala que a barriga dele fica doendo, então ele fica deitado e não pode nem levantar, passa ruim mesmo.

E13 AB- Só quando não tenho dinheiro para comprar, se tiver no posto tomo direto.

E14 AO- Só tomo quando tem no posto, quando vem receita que eu tenho que comprar nem pego, nem desperdiço o papel.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE C

“Depende, o dia que eu não to boa de noite eu não agüento de dor de cabeça, acha que é o da pressão, daí não tomo. Quando faz mal a mulher não me dá. Parei de dar o remédio porque ele se sentia muito mal. Era para dar um de manhã e um à noite, daí não to dando mais, o Jairo fez um teste para ver se era a barriga que tava doendo dele, ele tomou um [...] é que da muita viração no estômago, muita ruindade, ele fala que a barriga dele fica doendo, então ele fica deitado e não pode nem levantar, passa ruim mesmo. Ah, quando não tenho dinheiro para comprar não tomo, se tiver no posto tomo direto Tomo mesmo quando tem no posto, quando vem receita que eu tenho que comprar nem pego, nem desperdiço o papel”.

DISCUSSÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Da primeira pergunta “já deixou de tomar alguma medicação prescrita? Por quê?”, destaca-se a idéia central A: “não” apontando neste discurso um idoso

responsável, adepto do tratamento medicamentoso prescrito, que não refere efeitos colaterais e que, muitas vezes, recebe ajuda de um outro cuidador igualmente responsável e consciente de seu papel. Entretanto há que se considerar que a resposta “não” pode estar mascarando o que o idoso realmente faz, por medo, vergonha ou outro motivo, ou seja, não fala sua verdadeira postura diante da prescrição medicamentosa. Sob o ponto de vista de LEITE & VASCONCELOS (2003, p.5), “a responsabilidade pela não adesão ao tratamento é definida muitas vezes, como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, pouca educação da população ou como simples desobediência de ordens médicas, esquecendo-se que a adesão é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural que acontece”.

A idéia central B: “sim” aponta que em alguns casos o idoso necessita de alguém que o faça lembrar da ingestão da medicação ou até fornecer a própria medicação e, quando há falhas desse cuidador, o idoso acaba ficando sem o medicamento.

O aspecto emocional foi citado como um fator coadjuvante que facilita a interrupção do tratamento. Problemas familiares, brigas e desentendimentos levam, muitas vezes, o idoso a estados de depressão, nervosismo, ansiedade e depreciação de seu valor pessoal, evidenciadas em atitudes de desinteresse, apatia, isolamento e esquecimento de suas tarefas diárias (MENDES & VALENTE 2002, p.17). A ingestão da medicação faz parte do dia-a-dia do idoso e pode ser seriamente comprometida pelos fatores citados acima.

Os efeitos colaterais referidos pelos idosos e já discutidos anteriormente são fatores significativos para o idoso deixar de ingerir a medicação, confirmado por GORZONI (1995, p. 9): “devido ao maior número de medicamentos ingeridos concomitantemente e de alterações farmacodinâmica e farmacocinética provocadas pelo envelhecimento e doenças associadas, efeitos colaterais são mais comuns em pacientes idosos do que em jovens”.

Finalmente, na idéia central C: “depende”, evidencia-se um sujeito que abandona a terapêutica medicamentosa, quando ela provoca efeitos colaterais

indesejáveis e intoleráveis em seu organismo já fragilizado pelo decorrer dos anos. Para TEIXEIRA & SPÍNOLA (1998, p.8) “o principal motivo alegado pelos idosos que interromperam o tratamento era de que o medicamento não estava fazendo bem”.

Outro motivo apontado é o fator econômico representado neste estudo pela falta de dinheiro, fator decisivo para a adesão ao medicamento, quando não é fornecido pela Unidade de Saúde. Para BERMUDEZ apud ROZENFELD (2003, p.718) “no Brasil estima-se que 23% da população consumam 60% da produção, e que 64,5 milhões de pessoas, em condições de pobreza, não tenham como comprar remédios”. Esta situação nos remete à reflexão sobre a importância da rede pública de saúde no fornecimento de inúmeras medicações às pessoas desprovidas de recursos econômicos para adquiri-los, em especial os idosos com suas irrisórias aposentadorias. “Apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, apesar dos grandes avanços nesse sentido demonstrado principalmente nos investimentos a terapias de alto custo como a terapia anti-retroviral” (LEITE & VASCONCELOS, 2003, p. 5). Em países como o Brasil, o aspecto econômico e a disponibilização da medicação é um problema que merece destaque e deve ser analisado, pois, se o paciente tem acesso ao medicamento, então ele está em condições para aderir ou não ao tratamento.

6.3 RESULTADOS DA FASE 2 - O CÍRCULO DE CULTURA

A proposta de trabalho programada para esse Círculo de Cultura foi elaborada informalmente e com possibilidades de alterações que pudessem ocorrer (tema de dobradiça). A primeira etapa foi caracterizada pela apresentação dos participantes, em que alguns idosos manifestaram posicionamentos favoráveis à pesquisa e apoio quanto ao tema, pois o grupo afirmou que acreditava na importância de discutir e trabalhar mais profundamente o tema: terapêutica medicamentosa e o idoso. Eles demonstravam euforia e contentamento por terem sido escolhidos para participar do estudo.

“Eu acho muito bom você chamar a gente aqui para tirar dúvidas que a gente tem, nunca ninguém tinha feito isso, assim, tão de perto”. (D)

“Aqui nós pode contar como toma a medicação, ver o que ta errado e tentar mudar”. (A)

“Ás veis a gente acha que tá fazendo tudo certo e não é bem assim, quando alguém explica direitinho e com paciência, aí a gente vê que faiz algumas coisas errada e precisa acertar”. (D).

A adesão e interesse em participar do Círculo de Cultura representou sempre a presença de uma grande descontração dos envolvidos nas etapas do Círculo. Esse foi um fator positivo que facilitou a interação entre o “animador”, representado pela minha figura, e o grupo, talvez porque os idosos já me conhecessem como enfermeira da Unidade de Saúde.

A etapa seguinte do Círculo foi desenvolvida, quando busquei no universo e vocabulário dos participantes, palavras centrais, advindas do tema proposto neste estudo, que motivassem os idosos a participarem do Círculo. Eu, como animadora do grupo, na medida do possível, tentava me manter conectada à leitura da realidade dos idosos, respeitando os seus desejos e interesses. Nessa perspectiva, dei início a minha primeira indagação ao grupo: “quando o médico fornece esta receita prescrita com medicamentos escrita, vocês conseguem entender”?

“Alguma coisa eu entendo”. (M.J)

“Não entendo, minha filha sim”. (A)

“Esse negócio de ler é só com o meu marido, esse negócio de ler é só com ele, porque eu também não sei ler muito bem, nem escrever”. (D)

“Pois é, a gente se confunde tudo, porque a gente não sabe ler né”? (C)

“Eu sei qual é que é o remédio que eu tenho que tomar e o que eu não tenho. A letra do médico eu não entendo, mas essa do computador si”. (I)

Minha segunda indagação foi: “quais as maiores dificuldades que vocês sentem com a prescrição médica ou as orientações fornecidas na hora de pegar os remédios”?

“Eu morro de medo de misturar tudo, tenho que cuidar quando eu vou tomar o meu remédio e dar o do fio, olha, ontem de novo, quase tomei o remédio dele no lugar do meu, pra variar,

peguei o remédio pra dar pra ele e o meu, quando tava ponhando na boca que me lembrei que não era o meu. Uma vez já tive um dia e meio dormindo sem se acordar”. (D)

“Tinha bastante dificuldade, então agora eu tenho tomado um pouco mais direito o remédio, depois que você me explicou, porque antes eu tava tomando errado né? Ás veis meu filho chega com tempo e da uma oiada né? Quando ele chega sem tempo, as veis ele ta apurado, daí ele não tem tempo de oiá, ah, eu perdi todas as consultas este mês porque ele na teve tempo de oiá, daí ele não parava em casa, daí complicou mesmo”. (C)

“A minha menina e meu marido deixa tudo marcadinho na caixa, o que é que é pra tomar o que não é, que horas, tudo eles deixam tudo marcadinho. Eu tomo o remédio assim. Eles me apartam o que é pra mim tomar de manhã, o que é pra mim tomar à noite, eles apartam tudo, agora seu eu não tivesse ele, não sei o que seria da minha vida”. (M.J)

“Eu já cansei de ter remédio e não saber o que era os remédios, tive que jogar fora e começar tudo de novo. Quando ele (marido) tá bom que ele não ta bêbado ele ajuda também, ele tem uma leitura que nossa né, mas quando ele tá bêbado não adianta perguntar as coisas pra ele, ele confunde tudo, faz uma mistureira e a gente nem compreende”. (D)

“Na verdade eu não entendo sem ajuda, da minha filha ela e o pessoal do posto, a ACS me ajudam”. (A)

“Eu não tenho confundido meus remédios eu leio, eu entendo. Eu dou o remédio dele (marido), só eu”. (J)

“Uma vez eu tava tomando Daonil no lugar de Captopril, tava fazendo um mal de Deus me livre, eu não sabia o que era, daí, minha fila apareceu e viu que eu tava tomando errado, as cartelas são muito parecidas, tem que ter cuidado”. (D)

Ocorre, neste momento, o processo de codificação, que permeou esta e outras etapas do Círculo, em que os participantes expõem o seu entendimento sobre os questionamentos construídos das palavras ou temas centrais. O momento da codificação é o próprio debate, contemplando aspectos da realidade em que o animador e o participante buscam o seu significado social, tomando consciência do mundo vivido.

Na seqüência, mostrei fotos (10) dos medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde, individualmente e fui questionando medicamento por medicamento, foto por foto, quem conhecia e tomava o remédio.

“Eu tomo, cinco desses...” (D)

“Só sei mostrar os quais, não sei falar o nome. O nome eu não lembro, esse (*Captopril*) foi mudado deu tosse, não tomo mais esse”. (M.J)

“De manhã cedo esses 2 (*Captopril e Hidroclorotiazida*), esse aqui e um desse aqui, mas não sei falar o nome, de noite esses dois aqui (*Captopril e Nifedipina*)”. (C)

“Eu sei, mas preciso do óculos para ler, não trouxe”. (J)

“Eu conheço mais pelas caixinhas, que é o único jeito dele tomar direito, pelo nome para falar é difícil”. (J)

“Olhando eu não sei, minha menina lá do parque é enfermeira, veio um dia lá em casa e escreveu pra mim, o que era cada um. Não dá pra mim confiar no meu marido porque às vezes ele tá bom e às vezes não, daí ela escreveu tudo e aparto os remédios pra mim”. (D)

Nesse momento pude compreender os códigos utilizados pelos idosos para descrever a sua vivência com a terapêutica medicamentosa, refletir e fazer uma releitura da realidade dos participantes. Esta fase é denominada por Freire de descodificação ou decodificação.

Prossigui, realizando o seguinte questionamento: “de que maneira a Unidade de Saúde pode ajudá-los com a medicação de forma que todos consigam entender a prescrição médica e assim, tomar as medicações adequadamente”?

“Eu já sei de que maneira, é como eu faço com meu pai. Tem 3 caixinhas, manhã, almoço e janta, vem tudo certinho do posto nas caixinhas. Então é só tirar e por pra ele tomar, daí não tem como se enganar”. (J)

“Que nem eu não leio, esse sistema que tão fazendo agora é muito bom, o da caixinha, eu gostei, porque pelo menos ali tá separado, é só tirar e colocar no lugar certo, não trocar, prestar atenção”. (A)

“Eu acho melhor a gente separar põe uma caneca pro dia e outra pra noite, o da noite a gente sabe qual caneca e do dia também. Eu deixo com a embalagem e depois tiro na hora de tomar, porque o meu é dois cedo e dois tarde, ponho nas canecas diferentes. Eu ponho numa caneca marrom e outro na caneca branca daí eu separo as duas canecas. O branco e o amarelinho da manhã na marrom. Os dois à tardinha na caneca branca, um vermelhinho e outro branquinho”. (C)

“Eu já variei uma porção de vezes agora tô mais ou menos, eu guardo tudo numa caixinha só. Mas eu sei qual é o de cedo, tomo três...eu tomo muito remédio né? Tomo depois do almoço dois e à noite dois, agora tô compreendendo mais. Só o da noite que eu ponho separado do lado da cama”. (M.J)

“Eu sei ler e escrever, eu entendo a explicação do pessoal de enfermagem e consigo ler o papel das medicações”. (S)

“Pra quem toma dois ou três remédios e sabe ler tá bom, pra mim que dou dez remédios pra ele não serve, só falando”. (J)

“Pra mim tá bom do que jeito que tá porque eu leio”. (I)

“Eu gosto do remédio na caixinha”. (M.J)

“Quando eu comecei a trabalhar, utilizava o método que era de deixar o remédio que era da manhã com a xícara para ela não se confundir. Na hora do almoço, perto do prato do almoço

e do janta perto da cabeceira da cama ou numa gaveta. Desse jeito, deu certo, principalmente com a dona C, no começo ela tinha bastante dificuldade, agora já melhorou”. (C.L)

“Que tal, desenhos com o sol, a lua, comida e relógio, para colocar um papel na geladeira”? (C.C)

“Podia também fazer um carimbo com esses desenho”. (A)

Em todas as fases, as situações ou problemas que surgiam eram discutidas no grupo possibilitando soluções e contribuições para a elaboração de novas práticas referentes à terapêutica medicamentosa. Nesses momentos, os sujeitos da pesquisa compartilhavam suas experiências procurando entender o seu significado social e como estão inseridos no mundo.

Para Freire a “conscientização” é o conceito principal de suas idéias de educação. Pude entender e perceber esta afirmação, pois os idosos que estavam relatando suas experiências e vivências demonstravam ser indivíduos engajados e desejavam se tornar conscientes da melhor maneira de realizar o cuidado de si com a terapêutica medicamentosa.

Percebi que os idosos iniciavam um processo de modificação, desde o momento da entrevista no domicílio. Nesta fase, apontavam inúmeros problemas e dificuldades, porém não se sentiam capazes de superá-los. Nos vários momentos do Círculo, os idosos manifestavam vontade de contribuir com suas idéias, demonstrando forte desejo de mudança, expressos nos discursos acima.

Em sua maioria, o grupo manifestou sugestões e maneiras que pudessem facilitar o entendimento da prescrição médica e que são utilizadas dependendo da possibilidade de cada um. A minoria alfabetizados têm preferência pela linguagem verbal, os outros utilizam caixinhas para os diferentes turnos, manhã, tarde e noite, ou canecas para separar a medicação relacionando o horário da ingesta com o da refeição e, finalmente, os idosos que optam por guardar dentro da própria caixa de remédio.

Dentre as sugestões apontadas, o grupo decidiu aprofundar a questão dos desenhos colocados numa folha impressa ou no carimbo (Apêndice 4). Mostrei várias opções de desenhos para que o grupo selecionasse os de sua preferência. Alguns relataram que o relógio ao lado da figura é útil para quem sabe ver horas, no entanto,

para os que não sabem, seria conveniente ao lado do relógio associar figura do sol, da lua, de comida, que pudessem facilitar o entendimento da mensagem que se quer transmitir. Os desenhos escolhidos pelo grupo foram: o sol nascendo, xícara de café, representando os horários da manhã; o sol acordado, um garfo e uma faca com desenho de comida, representando os horários do almoço; o desenho da lua, representando os horários da noite, e para todos os horários o relógio sem os ponteiros, para que se possa personalizar individualmente o horário e facilitar o entendimento dos idosos que sabem ver as horas.

“Pra quem não sabe ler é muito bom, vê o sol nascendo, o prato do almoço e a lua, ainda tem os relóginhos, acho muito difícil confundir”. (S)

“Eu acho que depende de cada pessoa e situação, que nem seu A gostou daquele método da caixinha, mas tem gente que vai gostar do método desse desenho, outro do copinho e assim por diante”. (C.C)

“Essa maneira vai ajudar muito os que não sabe ler”. (A)

“Olhando os desenho não tem como se perder nos horários e é bom pra quando não tem ninguém para ajuda, que nem quando o marido tá bêbado”. (D)

“Desse jeito ficava bom pra explicar pra quem não entende”. (I)

“Eu acho assim, um tá acostumado com a caixinha, outro lê, outro deixa nas canecas, cada um já tá criando o seu jeito, e pra quem não sabe ler o do carimbo ou folha com desenhos é ótimo”. (T.J)

Finalmente, os discursos relatados acima são fragmentos do que representa a etapa final do Círculo de Cultura, que é o desvelamento crítico. Nesse momento, o grupo já adquiriu a consciência da situação existencial compartilhada – a problemática acerca da terapêutica medicamentosa, vivenciada e percebida de uma outra maneira, possibilitando viabilizar ações na busca de superação – a busca de alternativas que diminuam as dificuldades apresentadas pelo grupo e também por outros idosos. Nessa fase, o animador e o grupo superam as formas ingênuas de compreender o seu mundo, dando início às transformações do contexto vivido.

A mim coube fazer a integração das idéias sugeridas pelos idosos, que em síntese são: o uso de caixinhas, manhã, almoço e janta, uso de caneca para manhã e noite com cores diferentes, uso da própria caixa do remédio, a linguagem verbal e

escrita, desenhos com sol, lua, relógio, comida e a cama. Cada idéia será adaptada e utilizada de acordo com a necessidade e a escolha do sujeito.

Dentre as idéias apontadas achei conveniente desenvolver a que não era ainda utilizada na Unidade de Saúde, contando com as sugestões do grupo e sua criatividade. Do fruto das idéias do grupo, criou-se uma folha impressa com os desenhos escolhidos pelo grupo a ser colocada em local de fácil acesso ao idoso e que poderá ser usada como carimbo também.

Futuramente, a síntese das idéias serão compartilhadas com a equipe de saúde para seu conhecimento, posterior treinamento e implementação da prática transformadora do cuidado de si do idoso com a terapêutica medicamentosa.

Acho importante ressaltar que o respeito à linguagem, ao sistema de conhecimento e a história de vida dos idosos foi fator de relevância que os levou à tomada de consciência da realidade que os cerca. Ao despertar no idoso a valorização pessoal e ajudá-los a conhecer, analisar e agir para modificar a situação vivida, o idoso se sente confiante e capaz de assumir o controle de sua vida.

Para FREIRE (1980, p.20), “a conscientização nos convida a viver uma posição utópica frente ao mundo, porém a utopia é o ato de denunciar a estrutura desumanizada de se viver, é anunciar uma estrutura humanizante, e por fim é ter um compromisso histórico com as mudanças necessárias”.

Finalmente, foi com muita alegria e satisfação que finalizei o Círculo de Cultura, agradecendo ao grupo sua valiosa contribuição pelo processo de aprendizagem e construção de consciência que eles oportunizaram. Verbalizei aos idosos que as ações educativas são norteadas por caminhos de constante construção do conhecimento e que estávamos no rumo para as transformações conscientes dos problemas relativos à terapêutica medicamentosa no idoso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cada ano, segundo dados estatísticos do IBGE, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Inúmeros trabalhos foram elaborados sob a perspectiva de o Brasil ser um país jovem, e pouco valor foi dado às informações demográficas que demonstram o envelhecimento da população brasileira. O Brasil, em menos de 40 anos, passou de um perfil de morbimortalidade típica de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas.

As mudanças nos perfis epidemiológicos acarretam o aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, por isso diante dessa situação, as autoridades sanitárias estão sendo desafiadas à implantação de novos modelos e métodos de enfrentamento do crescimento da população idosa e suas conseqüências.

O perfil de baixa escolaridade, aposentadorias irrisórias, a falta de valorização pessoal, o despreparo dos profissionais de saúde e da sociedade em proporcionar qualidade de vida aos idosos colaboram para o sofrimento dos idosos diante de suas limitações.

As enfermidades dos idosos, em sua maioria, são crônicas, ou seja, provavelmente são situações de saúde que persistirão por anos. O idoso consome mais dos serviços de saúde, seja nas internações hospitalares que são freqüentes e o tempo de duração maior, seja no consumo dos medicamentos ou no acompanhamento médico e multiprofissional permanente.

Os idosos são os principais consumidores da terapêutica medicamentosa. Segundo TEIXEIRA & LEVRÉFE (2001, p.3), “mais de 80% dos idosos ingerem no mínimo um medicamento diariamente, sendo este o mais poderoso processo de intervenção para melhorar o estado de saúde dos idosos”.

A farmacologia para essa faixa etária é constituída de peculiaridades, pois a idade avançada é responsável pela diminuição da massa muscular e pela quantidade de água corporal. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e excreção renal podem ser comprometidos ocasionando dificuldades de

eliminação de metabólitos, acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e o aparecimento de reações adversas (PEREIRA, 2002, p.1221). Medidas de prevenção poderão ser utilizadas, como o estímulo ao uso de terapia não farmacológica, revisão periódica dos fármacos utilizados pelo idoso, avaliação dos efeitos adversos, inibição do uso de polimedicamentos, verificação da compreensão da prescrição e orientações a respeito da terapêutica medicamentosa pelo idoso e/ou seu familiar.

Mais do que em qualquer outro grupo etário, os medicamentos são indicados para idosos sem haver uma clara correspondência entre a doença e ação farmacológica. A terapêutica medicamentosa é equivocadamente empregada decorrente de mudanças para um estilo de vida mais saudável, em que a prescrição médica é influenciada pelo valor simbólico dos medicamentos.

Nesse estudo, após as coletas de dados e análises, pude reconhecer a lógica do sistema de conhecimento dos idosos referente à terapêutica medicamentosa. Sistema em que o idoso, em sua grande maioria, ingere o medicamento sozinho e ainda tem a responsabilidade de preparar para outra pessoa.

A identificação das medicações está baseada principalmente na linguagem visual e tátil, realizada por meio da forma, cor, textura e dimensão, em que significados são atribuídos, determinando a identificação, finalidade e horário de ingestão do fármaco. A dificuldade em identificar o horário correto e/ou dosagem, bem como o não conhecimento das indicações da medicação estão presentes, ocasionados principalmente pela escassez de informações por parte dos profissionais de saúde ao paciente.

Para minimizar os efeitos da dificuldade de identificação dos fármacos e suas consequências relatadas anteriormente neste trabalho, se faz necessário que as indústrias farmacológicas contribuam com as possibilidades dos idosos. Nesse sentido, medidas como a fabricação de comprimidos de tamanhos e cores diferenciadas, bem como caixas com novos formatos seriam adequadas, principalmente no que diz respeito aos medicamentos de uso contínuo.

Reforçada pela situação de escolaridade verificada neste estudo, em específico aos idosos não alfabetizados, a utilização da linguagem visual se justifica plenamente

para o cuidado com a medicação: uma solução prática encontrada pelos idosos que visa o entendimento das orientações e o bom uso dos medicamentos.

Esta linguagem encontrada nos idosos do estudo, usada para a identificação dos medicamentos deve ser trabalhada pelos profissionais de saúde quando diante das orientações de cuidado. Cabe aos profissionais estarem treinados e aptos a trabalhar com os diversos tipos de linguagem utilizados pelos idosos na terapêutica medicamentosa, adaptando cada método disponível à necessidade e escolha do cliente.

O entendimento das explicações do profissional de saúde ao idoso, em relação à prescrição médica, é ponto crucial na medida que este profissional consegue atingir o universo cultural do idoso e estabelece com ele um elo de comunicação e relacionamento efetivos em que o tipo de linguagem tem forte influência. Na medida em que os profissionais utilizam uma linguagem que advém do senso comum, demonstram respeito ao paciente e suas crenças, assumem uma atitude menos discriminadora e conseguem adentrar no universo dos idosos e, conseqüentemente, ganham credibilidade.

Realizar este estudo oportunizou à minha pessoa conhecer o idoso como um ser social, dotado de expectativas, conhecimento, interesses e que tem valores sócio-culturais que produzem sentidos e significados sobre o uso ou resistência à terapêutica medicamentosa, durante o seu processo de cronicidade ou adoecimento, demonstrando a necessidade urgente do desenvolvimento de ações educativas concernentes à terapêutica medicamentosa do idoso, seja na instituição de saúde ou no domicílio.

A monitorização, avaliação e comunicação a respeito dos medicamentos são atividades de saúde pública e de responsabilidade do profissional de saúde, com profundas implicações na qualidade de vida dos idosos e na resolutividade de seus problemas de saúde. As ações de prevenção e assistência devem estar voltadas para o incentivo do cuidado de si do idoso com a terapêutica medicamentosa. Este enfoque transcende o diagnóstico médico e tratamento de doenças específicas, pois a promoção do envelhecimento saudável e do cuidado de si do idoso significa a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental.

Em consonância com a proposta do Programa Saúde da Família que estabelece que o profissional de saúde deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, tanto individuais quanto coletivos, voltada à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, por meio do trabalho interdisciplinar, neste estudo procuro a melhor forma de colaborar com todos os profissionais envolvidos na terapêutica medicamentosa do idoso.

O desenvolvimento de ações educativas transformadoras do cuidado de si servirá de inspiração para o desenvolvimento e aprimoramento de novas ações, que poderão ser utilizadas nas diversas Unidades de Saúde da cidade de Ponta Grossa pelos diversos profissionais de saúde.

Proporcionar uma terapêutica medicamentosa mais eficiente e eficaz é responsabilidade da equipe multidisciplinar de saúde. A participação dessa equipe em treinamentos, reciclagens e aperfeiçoamento deve ser estimulada e propiciada, no sentido de entender o idoso como uma nova demanda da farmacoterapia, dinâmica e complexa. O acompanhamento contínuo desse usuário caracteriza-se como etapa fundamental para a melhor adesão à terapêutica medicamentosa e à promoção da qualidade de vida do idoso.

A proposta de implementação da prática transformadora do cuidado de si acontecerá futuramente, por se tratar de uma etapa que requer tempo e disponibilidade de horário pela equipe de saúde. Durante a fase de implementação poderão ser utilizadas cinco técnicas de ação. São elas:

- 1) a linguagem verbal e escrita;
- 2) o uso de caixinhas, manhã, almoço e janta, uso de caneca para manhã e noite com cores diferentes;
- 3) o uso da própria caixa do remédio;
- 4) desenhos com sol, lua, relógio, comida e a cama.

Tais técnicas refletem o entendimento do idoso para a identificação das medicações, bem como horários e dosagens. As sugestões apontadas acima têm o objetivo de facilitar o entendimento da prescrição médica, melhora da adesão à terapêutica medicamentosa, minimização dos problemas decorrentes do mal uso da

medicação, compreensão das explicações fornecidas pela equipe de enfermagem acerca da prescrição médica, buscando a melhora da qualidade de vida do idoso e o cuidado de si com a terapêutica medicamentosa.

Cada técnica será apresentada pela equipe de saúde responsável pela dispensação de medicamentos ao idoso ou familiar para sua escolha pessoal, adaptado a sua realidade e necessidade.

As técnicas 1, 2, 3 e 4 já são utilizadas na Unidade de Saúde. Para a técnica 4 será desenvolvido o carimbo e os impressos em número suficiente que atenda às necessidades de demanda da Unidade de Saúde.

O estudo funcionou como piloto para a implementação efetiva das técnicas descritas, os sujeitos da pesquisa serão avaliados, as adaptações necessárias serão realizadas e, conseqüentemente, a continuidade do trabalho estendendo-se a todos idosos usuários da Unidade de Saúde Programa Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Rev Enferm UERJ**, v.3, n.11, p. 153-158, mai.2003.
- ALENCAR, Y. M. G. de. O idoso cuidador. **Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.5, n.4, p. 179-180, set. 1997.
- ALMEIDA, O.P.; RATTO, L.; TAMAI, S. Fatores predisponentes e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos. **Rev bras psiquiatr**, v.21, n.3, p.152-57, jul./set.1999.
- ARAÚJO, R. C. Interações Medicamentosas no Idoso. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.162-165.
- BALLONE, G. B. O uso de medicamentos em idosos e iatrogenia. PsiqWeb. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/geriat/medicam.html>> Acesso em 22 abr. 2002.
- #BERGER, L. **Pessoas idosas: uma abordagem geral**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. O idoso e o cuidado de si com a terapêutica medicamentosa. **Rev. Gaúcha de Enf.** Porto Alegre, 2004. Artigo no prelo.
- BRANDÃO, C. R.; BEZERRA, A.; WANDERLEY, E. W. (Orgs). **A questão política da educação popular**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde do Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde: Brasília-DF, 1996 (a).
- BRASIL. Decreto nº1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências”. Brasília: **Diário Oficial da República federativa do Brasil**, vol.134, nº128, p. 12277-12279, 3 jul. Seção 1 (b).
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, mai./jun.2003.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, n.3, p. 259-269, dez.1991.
- CARVALHO, V.L.; PEREIRA, E. M. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos: desafios e avanços. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, v.54, n.1, p.7-17, jan./mar. 2001.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M. A Educação em Saúde na Prática PSF. **Manual de enfermagem**. 2001.Disponível em: <[http:// www.ids-saude.org.br/enfermgem](http://www.ids-saude.org.br/enfermgem)> Acesso em 10 agos. 2003.

CHEVALIER, J. & GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**. 8ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

CONRAD, P. **The meaning of medication: another look at compliance**. Social Science and Medicine, v.20, n.1, p. 29-37, 1985.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, mai/jun.2003.

DONDIS, D. A. **Sintaxe da linguagem visual**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

DOWELL, J.; HUDSON, H. **A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care**. Family Practice, v.14, n.5, p.369-375, 1997.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança**. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Extensão ou comunicação**. 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 36.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FITTEN, L. J. et al. **Assessment of capacity to comply with medication regimens in older patients**. J Am Geriatric Soc, v. 43, p. 361-367, Jul, 1995.

GADOTTI, M. **Paulo Freire**: uma bibliografia. São Paulo: Cortez e Instituto Paulo Freire; Brasília: UNESCO, 1997.

GIBBS, S.; WATERS, W. E.; GEORGE, C. F. **The benefits of prescription information leaflets**. British Journal of Clinical Pharmacology, v. 27, p.723-739, 1988.

GORZONI, M. L. Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. **Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.81-86, ago.1995.

GURWITZ, J. H. **Suboptimal medication use in the elderly. The tip of Iceberg.** JAMA: v.272, n.4, p. 316-317, Jul. 1994.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1999. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. População Residente, Total e por Sexo, Segundo os Grupos de Idade – 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>> Acesso em 10 de jul. 2004.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, mai/jun.2003.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 22 set. 2004.

LEFRÉVE, F.; LEFRÉVE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LENARDT, M.H.; TUOTO, F. S. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. **Relatório final de projeto de iniciação científica-etapa domiciliar.** Curitiba, 2004.

LENARDT, M. H. **A hospitalização desnudando o microssomo de uma unidade hospitalar.** Curitiba, 2001.Tese (Doutorado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LIEBER, N. S. R. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 22 set. 2004.

MELLO, M. H. P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil:** análise do período de 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MENDES, M. M. R.; VALENTE, M. A. Como se comunicar com o idoso. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. (Orgs). **Como cuidar dos idosos.** 3.ed. São Paulo: Papirus, 2002, p.17-23.

MINAYO, M. C. S. de. Saúde-doença: uma concepção popular da etiología. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.4, n.4, p. 356-362, out/dez. 1988.

MISTEIN-MOSCATI, I.; CASTRO, P.S. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L.C.C. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. [s.l.]: AG Editora, 2000. p.171-179.

MONSEGUI, G. B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. . **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, p.437-44, abr.1999.

PACHECO, J. L. Práticas sociais na promoção da saúde do idoso. **Arq geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.79-82, ago.1997.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C.G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 815-822, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 20 set. 2004.

PEREIRA, S. R. M. Farmacoterapia Geriátrica. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1220-1225.

POLLOW, R. L. **Drug combinations and potential for risk of adverse drug reaction among community-dwelling elderly**. Nursin Research, v.43, n.1, Jan/Feb.1994.

PRATES, A. Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento. **Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 07-08, 1997.

RADHAMANO HAR, M. **Assessment of patient's knowledge about their illness and treatment**. Br J Clin Pract, v.47, p.23-25, 1993.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.27,p. 87-94, abr.1993.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Idoso e o diabetes: a adesão ao tratamento. **Arq Bras Méd**. Rio de Janeiro, v.70, n.5, p.257-261, nov.1996.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. O envelhecer de mulheres e mudanças individuais. **Acta Paul Enf**. São Paulo, v.13, n.2, p.42-51, mai./ago. 2000.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. (Orgs). **Como cuidar dos idosos**. 3.ed. São Paulo: Papirus, 2002.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.717-724, mai/jun.2003.

SANTOS, S. S. C. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Rev. Gaúcha de Enf.** Porto Alegre, v.21, n.2, p.70-86, jul.2000.

SAYEG, M. A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arq geriatr gerontol.** Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.96-98, dez.1998.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. Concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela Enfermagem. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.2, n.1, p. 70-75, jan/jun. 1997.

SECOLI, S. R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.35, n.1, p.28-34, mar.2001.

SILVA, E. B. N. A relação familiar e o idoso. **Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 75-78, set. 1996.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 839-847, mai./jun.2003.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. **Arq geriatr gerontol.** Rio de Janeiro, v.o, n.1, p. 81-89, set.1996.

TEIXEIRA, E. R. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. **Rev Enferm UERJ**, v.4, n. 2, p. 163-169, dez.1996.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 21 set. 2004.

TEIXEIRA, J.J.V.; SPÍNOLA, A.W. Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa. **Arq geriatr gerontol.** Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.5-9, abr.1998.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Ta difícil engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. **Pesquisa e Assistência:** experiências com grupos de estudo de enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003.

VALLE, L. B. S. **Farmacologia integrada**. 2 ed. Guanabara Koogan, 1988.

WOOD, G.L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICE 1 - 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE 1 - 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 -Nome:

1.2 Idade:

1.3 Escolaridade:

1.4 Religião:

1.5 Sexo:

1.6 Doença:

1.7 Mora sozinho? Com quem?

2- DADOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

2.1-Faz uso de alguma medicação:

() NÃO () SIM

2.2 Tem ajuda ou orientação de alguém quando vai tomar a medicação?

2.3 Sabe dizer o(s) nome(s) da(s) medicação (ões) que toma e qual os horários?

2.4 Como identifica as medicações?

2.5 Quanto tempo usa essa medicação?

2.6 Quando chega em casa e vai ler a prescrição médica com medicamentos já encontrou alguma dificuldade?

2.7 Onde armazena a medicação?

2.8 Sente efeitos colaterais?

2.10 Tem dúvidas em relação a medicação?

2.11 Já deixou de tomar alguma medicação prescrita?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu entendo que fui convidada (o) a participar de uma pesquisa pela Unidade de Saúde Horácio Droppa, pela enfermeira Clóris Regina Klas Blanski que servirá para adquirir um nível de conhecimento sobre a Terapêutica Medicamentosa e os idosos usuários do Programa Saúde da Família do município de Ponta Grossa.

Eu entendo que meu nome ou qualquer outra forma de minha identificação não será divulgado em qualquer momento da pesquisa.

Eu entendo que não irei receber nenhum benefício individual e que estarei participando da pesquisa para ajudar a zelar pela saúde de todas as mulheres e não apenas pela minha; e que o benefício inclui o conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa.

Eu entendo que poderei receber maiores informações na Unidade de Saúde Horácio Droppa, rua Santa Marta esquina com Santa Mônica, fone 3901-1762.

Assinatura do participante e data:

APÊNDICE 3 – QUADROS REFERENTES AOS DADOS ESPECÍFICOS DO
ESTUDO

APÊNDICE 3 – QUADROS REFERENTES AOS DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

QUADRO 2- IAD 2 (Instrumento de Análise de Discurso 2) - Sabe dizer o(s) nome (s) das (s) medicação (ões) que toma, qual(is) os horário (s) e para que servem?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<i>E1 ML- O amarelinho (Hidroclorotiazida): só de manhã (8:00), o branco (Propranolol): um de manhã mas eu acho que é de noite também. Achei que era para tomar um só, mas parece que ajudou. O vermelho (Nifedipina): só de noite (21:00). Todos são pra pressão.</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou dosagem. B (3ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
<i>E2 MI- Não, só pela cartela. Vou pegar a receita para você.</i> Sua receita: Captopril, Hidroclorotiazida e Cloreto de Magnésio. Tudo pra pressão. Receita da mãe: Hidroclorotiazida, Nifedipina, Cinarizina, Captopril, Glibenclamida, Cloreto de Magnésio. Serve pra pressão e diabetes. Explicou como faz com a medicação da mãe: <i>Nidipina um de manhã e outro à noite.</i> <i>Cinarizina: um por dia, qualquer hora do dia de manhã ou depois do almoço.</i> <i>Captopril: um de manhã e um à noite.</i> <i>Hiclorozida: o de diabete, ah não esse é pra fazer xixi.</i> <i>O da diabetes: um de manhã e um à noite.</i> <i>Falaram que é para eu dar depois do almoço, mas às vezes eu dou de manhã e dou à tarde...eu também saio.</i> <i>Cloreto de Magnésio: esse é ruim e até que eu parei de dar, eu tava comprando e ela quase nem tomava porque é ruim mesmo. Eu tomei, mas dei uma parada eu enjoiei é ruim de tomar.</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C (3ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou dosagem. B

<i>E3 JM- Hidrotiazida, Propanolor e Croreto.</i> <i>O Propanolor: um comprimido de manhã e à noite. O da pressão é dois por dia.</i> <i>Hidrotiazida: esse é a vitamina? Ah, não é o da pressão e toma de manhã.</i>	(1ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D (2ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
<i>E4 ER- Não. Minha esposa é que sabe.</i> Pergunto pra esposa: <i>Furosemida, Digoxina, Captopril, Nifedipina, Laquitona, AAS e Cinarizina, por causa do derrame, acho que é pra mante a pressão certa, né?</i> <i>O furosemida é de manhã, o comprimido da pressão é de manhã junto com aquele que reparto no meio (Espironolactona). O do coração é de 2ª a 6ª feira. O da pressão são quatro.</i> <i>AAS: só depois do almoço. O do coração são dois.</i>	(1ª idéia) Não identifica sozinho as medicações. E (2ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D (3ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
<i>E5 DR- Trouxe a receita, sei ver pela cartela.</i> Mãe: <i>Daonil: metade de manhã 8:00 com o comprimido deste aqui (Metformina), depois do almoço 12:00 e na hora da janta 19:00 é pra diabetes.</i> <i>Captopril metade cedo depois café, pra pressão.</i> <i>Digoxina: metade cedo, pro coração.</i> <i>Marcumar: metade cedo, pro coração.</i> <i>Dramin: 3 vezes ao dia, café, almoço e janta, pra tontura e enjôo.</i> <i>Amiodarona: 1comprimido cedo, pra fazer xixi.</i> <i>Filho: Haloperidol: manhã e levozil: noite, é pra cabeça dele.</i>	(1ªidéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A
<i>E6 CM- O nome eu não sei, mas posso te mostrar pela cartela. Esse aqui (Captopril) às 7:00 e outro às 15:00 e outro às 23:00.</i> <i>Esse outro (Nifedipina) às 7:00, esse aqui é (Hidroclorotiazida) é um de manhã às 7:00.</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Ingere medicação em dosagem diferente da prescrição. F (3ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou

<i>Todos são pra minha pressão.</i>	dosagem. B (4ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
<i>E7 IR- Pela cartela eu sei o nome, eu leio.</i> <i>Srugeron: um de manhã 9:00 e um à noite 9:00.</i> <i>Cinarzina: um de manhã, pra tontura.</i> <i>Nisulida: um de noite 9:00, que é pra dor.</i> <i>Glibenmida: um de manhã e um á noite, pro diabetes.</i> <i>AAS: um de manhã e um á noite, da pressão.</i> <i>Digochina: um de manhã e um á noite. Daonil: 4 vezes ao dia, manhã, almoço, tarde e noite.</i> Na prescrição consta 3 vezes ao dia, do diabetes. <i>Propanolor: um comprimido de manhã, da pressão.</i> <i>Tem um que é pros nervos, só tomo de vez em quando, não sei dizer o nome.</i> <i>Hidrotizida: não tomo porque já faço bastante xixi.</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D (3ª idéia) Ingere medicação em dosagem diferente da prescrição. F (4ª idéia) Ingere a medicação quando acha necessário. G
<i>E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor.</i> <i>Captoprir: um de manhã depois do café 8:00, um de tarde 7:00 da noite.</i> <i>AAS: tá guardado, deixe eu ver, tomo um por dia de manhã.</i> <i>Cinarzina: um comprimido por dia. Todos são pra pressão. Tem um aqui que não sei pra que que é (Cefalexina), mas sabe que eu tomo 1 comprimido por dia e me faz tão bem , você pode me arrumar mais um destes?</i> <i>Dicrofenaco: quando tenho dor.</i> <i>Tenho que tomar aquele (Cefalexina) mostra a cartela, mas então agora tenho que tomar,</i>	(1ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D (2ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (3ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C (4ª idéia) Ingere medicação em dosagem diferente da prescrição. F (5ª idéia) Ingere a medicação quando acha necessário. G

<i>porque to com uma dor nas cadera faz 3 dias, que credo!</i> <i>Será que num ta vencido o remédio? Às vezes, tenho medo que seja vencido, porque faz uns 3 dias que estou com dor nas costas.</i>	
<i>E9 YS- Verapamil 240: que é o Proepa: manhã 8:00 e noite 21:00, pro coração.</i> <i>Captopril: manhã 8:00 e noite 21:00, pro coração.</i> <i>Aldacitone: eu tomava o Arelite como não foi encontrado para comprar, estou tomando esse aí. Até eu conversei com a Dr Áurea e ela disse que tudo bem: um de manhã só, pro coração.</i> <i>Ranitidina: pro estômago, 2 x ao dia de 12/12 horas, pro estômago.</i>	(1ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D
<i>E10 AS- A mulher é que sabe. Enalapril: um comprimido manhã 8:00 e um à noite 21:00.</i> <i>Metoprolol: um de manhã 8:00.</i> <i>AAS infantil: dois comprimidos de manhã 8:00.</i> <i>Minha esposa é que sabe pra que que é tudo.</i>	(1ª idéia) Não identifica sozinho as medicações. E (2ª idéia) Identifica a medicação lendo o nome. D (3ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
<i>E11 I - Não sei falar o nome, só pela cartela.</i> Captopril: 2 comprimidos de 8/8 horas, às 7:00, 15:00 e 23:00, pressão. Hidroclorotiazida: 2 comprimidos de manhã, pra não inchar e fazer xixi. Espironolactona: quando tenho à tarde, mas não comprei, não sei pra que que é. Amiodarona: não lembro como toma, estou sem dinheiro e não comprei, pra não inchar. AAS; 2 x ao dia, depois do café 7:00 e almoço 12:00, pra pressão.	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou dosagem. B (3ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio. C
<i>E12 TJ- Filha responde: Deixe eu lembrar, mas não sei falar o nome vou te mostrando a cartela e contando.</i>	(1ª idéia) Não identifica sozinho as medicações. E

<i>Captopril: 1 comprimidos, 3 vezes ao dia às 8:00 da manhã a hora que ela levanta, no almoço 12:30 e noite 21:00, pra pressão.</i> <i>Hidroclorotiazida: 1 comprimidos de manhã, a hora que ela levanta, pra fazer xixi.</i> <i>Nifedipina: noite lá pelas 8:00.</i> <i>AAS: 1 x ao dia, às vezes dou de manhã, as vezes noite, não sei direito, pra pressão.</i> <i>Pra diabete não toma nada, está controlada o médico pediu pra parar.</i>	(2ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou pela cartela. A (3ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou dosagem. B
E13 AB- Filha responde: <i>É bastante, só você lendo e mostrando, não dá para guardar tudo.</i> Enalapril: <i>2 comprimidos de manhã 8:00 e 2 noite lá pelas 9:00, pro coração.</i> Furosemida: <i>1 comprimidos de manhã ou será no jantar? São pra não inchar.</i> Propranolol: <i>1 comprimido no jantar 8:00.</i> Metformina: <i>o grandão, um comprimido no almoço meio-dia e um na janta 8:00, da diabetes.</i> Glibenclamida: <i>1 comprimido depois do café 8:00 e um comprimido no almoço 12:00, diabetes.</i> Nifedipina: <i>deixe me ver um comprimido de manhã e um noite, da pressão.</i>	(1ª idéia) Não identifica sozinho as medicações. E (2ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (3ª idéia) Não tem certeza dos horários e/ou dosagem. B (4ª idéia) Ingere medicação em dosagem diferente da prescrição. F
E14 EAO- <i>Não sei que nome é, mas te mostro a cartela, vou buscar a receita e os remédios.</i> Captopril: <i>1 comprimido de noite 9:00.</i> Hidroclorotiazida: <i>um de manhã pra soltar a urina 8:00.</i> Diclofenaco: <i>tomo 2 de vereda quando to com muita dor.</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A (2ª idéia) Ingere medicação em dosagem diferente da prescrição. F (3ª idéia) Ingere a medicação quando acha necessário. G
E15 MS- <i>O nome eu me esqueço, mais por cartela eu sei. Captopril: 2 comprimidos depois</i>	(1ª idéia) Identifica as medicações pela cor ou cartela. A

<i>do café às 8:00 e 2 comprimido de tarde 6:00, é o da pressão.</i> <i>Hidroclorotiazida: o amarelo 1 comprimidos de manhã 9:00, acho que é pra pressão.</i> <i>Nifedipina: o marrom, 1 comprimido 9:30, mas o médico cortou tava fazendo mal.</i> <i>Propranolol: me faz bem é pra pressão, 1 comprimido cedo 9:00 e um comprimido tarde 6:00, pra pressão.</i> <i>Cinarizina: ½ comprimido ao dia de manhã 9:30. Não sei pra quê.</i>	(2ª idéia) Não sabe determinar para que serve cada remédio ou não tem certeza. C
---	---

QUADRO 3 - IAD3 (Instrumento de Análise de Discurso 3) - Como identifica as medicações?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
E1 ML- <i>Pela cor. Eu sei ler, mas pela cor que é melhor, eu nem sei quase ler.</i>	(1ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A (2ª idéia) Analfabeto. B
E2 MI- <i>Pela cartela, sei ler um pouco porque eu já estou acostumada. Eu marco pelo remédio, eu sei, marco na idéia porque eu conheço o remédio. Que nem o da mãe é esse Nidipina, também o Captopril e esse outro pra diabete, a gente conhece...eu marco as cartelas de remédio né? Vejo pela cartela quanta milgramas, se for pra mim ler só, não dá.</i>	(1ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A (2ª idéia) Analfabeto. B (3ª idéia) Pelo tempo de uso (memória visual). D
E3 JM- <i>Pelo nome, cor e faz tempo que uso dessa medicação.</i>	(1ª idéia) Identifica pelo nome/alfabetizado. C (2ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A (3ª idéia) Pelo tempo de uso (memória visual). D
E4 ER- Esposa responde: <i>nome e pelo tempo que uso o remédio, ele não sabe nada sou que</i>	(1ª idéia) Analfabeto. B (2ª idéia) Identifica pelo tempo de uso

<i>levo tudo certo pra ele.</i>	(memória visual). D (3ª idéia) Recebe ajuda de familiar para identificar a medicação. E
<i>E5 DR- Não sei ler , nem escrever direito. Pela cor das caixinhas, esse eu sei que é Digoxina, às vezes não sei dizer o nome, mas sei qual é. Outro dia fiz uma revirança e tive que jogar os comprimidos, porque eu não sabia se era a Digoxina ou outro comprimido, tive que jogar fora e começar de novo. Agora tem uma caixinha para apartar os comprimidos.</i>	(1ª idéia) Analfabeto. B (2ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A (3ª idéia) Uso de caixinhas. F
<i>E6 CM- Eu sei por causa da cartela né? Eu separo assim né. Esse aqui eu sei que é o vermelhinho, esse aqui eu sei que ele é amarelinho...daí, quando eu me confundo um pouco com o outro dava diferente desse aqui. Um dia eu cheguei do posto eu perguntei pro meu filho que ele chega sempre 12:30 daí pega o ônibus da 13:0-0 para trabalhar. Ele me ajuda, ele vê né porque esse outro que eu tinha que eu tava tomando era diferente, de outro tipo. Ele era branco sabe, mas era o mesmo comprimido só mudava a cartela.</i>	(1ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A (2ª idéia) Recebe ajuda de familiar para identificar a medicação. E
<i>E7 IR- Pela cartela eu sei o nome, eu leio.</i>	(1ª idéia) Pela cor ou pela cartela. A (2ª idéia) Identifica pelo nome/alfabetizado. C
<i>E8 PS- E8 PS- Sei pelo nome e também guardo pela cor.</i>	(1ª idéia) Pela cor ou pela cartela. A (2ª idéia) Identifica pelo nome/alfabetizado. C
<i>E9 YS- Eu leio.</i>	(1ª idéia) Identifica pelo nome/alfabetizado. C
<i>E10 AS- A mulher é que sabe. Minha esposa é que sabe pra que que é tudo, ela lê.</i>	(1ª idéia) Recebe ajuda de familiar para identificar a medicação. E (2ª idéia) Identifica pelo nome/alfabetizado. C

<i>E11 I- Pela cor.</i>	(1ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela.A
<i>E12 TJ- Filha responde: Já estou acostumada com os remédios, to prática.</i>	(1ª idéia) Identifica pelo tempo de uso (memória visual).D
<i>E13 AB- Eu não sei minha filha é que sabe, não sei ler nem escrever, fui criado nos mato. Filha responde: Sempre olho na receita, mas no posto separam por caixinhas senão me perco.</i>	(1ª idéia) Analfabeto. B (2ª idéia) Recebe ajuda de familiar para identificar a medicação. E (3ª idéia) Uso de caixinhas. F
<i>E14 AO- Eu tô na escola, mas ainda não leio quase nada, só meu marido, eu dou a receita pra ele e ele explica pra mim, mas olho pela cor e a cartela eu divulgo aqui, eu sei qual que é.</i>	(1ª idéia) Analfabeto. B (2ª idéia) Recebe ajuda de familiar para identificar a medicação. E (3ª idéia) Identifica pela cor ou pela cartela. A
<i>E15MS- pela cartela, eu já estou tão acostumado que só de olhar já sei.</i>	(1ª idéia) Identifica pela cor ou cartela.A (2ª idéia) Identifica pelo tempo de uso (memória visual).D

QUADRO 4 - IAD4 (Instrumento de Análise de Discurso 4) - Quando chega em casa e vai ler a prescrição médica dos medicamentos já encontrou alguma dificuldade?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<i>E1 ML- Não, entendo a explicação do pessoal na hora que pego a medicação. Tem só um remédio que eu peguei no terminal que eu nem comecei a tomar que o médico daqui me receitou, que é um monte de comprimido. Não sei o nome do remédio, não sei como tomar, vocês tem que me explicar. Será que posso tomar 2 remédios juntos? Essa é que é a minha confusão, você me ajuda?</i>	(1ª idéia) Entende a explicação do profissional da unidade de saúde. A (2ª idéia) Procura ajuda quando tem dúvida. C
<i>E2 MI- É porque eles já explicam como dar o remédio no posto, já explicou e ficou claro nas idéias, porque se só ler eu não entendo né? Eu gosto que explique.</i>	(1ª idéia) Entende a explicação do profissional da unidade de saúde. A

E3 JM- Não, já estou acostumada.	(1ª idéia) Está acostumada. B
E4 ER- Esposa: nossa faz 8 anos que esse homem ta tomando já estou acostumada, ele não tomava tudo esses remédios, agora por último[...] e quando nós morava em Reserva ele tomava até 13 comprimidos que o Drº José receitava para ele, depois Drº José cortou um pouco e aí de novo a pressão dele sobe muito qualquer coisinha que ele fique doente a pressão vai devereda e ele é tão teimoso e às vezes briga com Dona Irene (ACS). Ele acha que o sal que ele come também ta errado como é que os outros comem sal igual ele.	(1ª idéia) Está acostumada. B
E5 DR- Não sei ler, mas entendo e quando não entendo pergunto pra alguém.	(1ª idéia) Entende a explicação do profissional da unidade de saúde. A (2ª idéia) Procura ajuda quando tem dúvida. C
E6 CM- Na verdade eu não entendo nada sem ajuda. O filho lê e me explica, se eu me atrapalho muito chamo a ACS daí ela vem e dá tudo certo.	(1ª idéia) Procura ajuda quando tem dúvida. C
E7 EI- Não, já estou acostumada.	(1ª idéia) Está acostumada. B
E8 PS- Não sei ler, só pela explicação do pessoal.	(1ª idéia) Entende a explicação do profissional da unidade de saúde. A
E9 YS- Não, entendo a prescrição.	(1ª idéia) Entende a prescrição. D
E10 AS- Esposa responde: já faz tanto tempo que já sei tudo.	(1ª idéia) Está acostumada. B
E11 I- Eu leio essa daqui (computadorizada), mas essa daqui (manuscrita) não.	(1ª idéia) Entende a prescrição. E
E12 TJ- Filha responde: Não, eu entendo.	(1ª idéia) Entende a prescrição. D
E13 AB- Eu peço pro pessoal do posto separar, só ler não dá certo, às vezes a ACS me ajuda.	(1ª idéia) Procura ajuda quando tem dúvida. C
E14 AO- Meu marido pega a receita, entende e me explica.	(1ª idéia) Procura ajuda quando tem dúvida. C

<i>E15 MS- Eu entendo a explicação.</i>	(1ª idéia) Entende a explicação do profissional da unidade de saúde. A
---	--

QUADRO 5 - IAD5 (Instrumento de Análise de Discurso 5) – Onde armazena a medicação?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<i>E1 ML- Sacola dentro do guarda-roupa, uma sacolinha que eu pego e guardo.</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A
<i>E2 MI- Guarda-roupa, mas eu separo a minha do dela (mãe).</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A
<i>E3 JM- Na gaveta da máquina de costura ta o dele e na gaveta da pia a minha, eu separo, eu já nem ponho junto.</i>	(1ª idéia) Na gaveta da máquina de costura e na gaveta da pia. B
<i>E4 ER- Na gaveta da máquina de costura.</i>	(1ª idéia) Na gaveta da máquina de costura e na gaveta da pia. B
<i>E5 DR- Dentro da caixinha do remédio e depois ponho dentro de uma caixa de sapato, quando minhas netinhas vem eu escondo. Separo a minha da do meu filho, Deus me livre uma vez já tomei enganado e dormi um tempão.</i>	(1ª idéia) Dentro da caixinha do remédio e/ou caixa de sapato. C
<i>E6 CM- Eu guardo, eu guardo na caixinha tudo daí eu sei separar. Eu ponho durante o dia assim, o comprimido que é com o café perto da xícara e o do almoço perto dos pratos. Separo um em cada copinho.</i>	(1ª idéia) Dentro da caixinha do remédio e/ou caixa de sapato. C
<i>E7 IR- Na gaveta do armário da cozinha.</i>	(1ª idéia) Na gaveta do armário da cozinha. D
<i>E8 OS- No guarda armário da cozinha.</i>	(1ª idéia) No guarda-armário. D
<i>E9 YS- Na sacola em cima do armário da cozinha separada do marido.</i>	(1ª idéia) Na gaveta do armário da cozinha. D
<i>E10 AS- Na sacola no guarda-roupa junto com a da mulher.</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A
<i>E11 I- Sacola dentro do guarda-roupa.</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A
<i>E12 TJ- Guardo numa cestinha só ele em cima</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A

<i>do guarda-roupa.</i>	
<i>E13 AB- Caixinhas com manhã, tarde e noite no guarda-roupa.</i>	(1ª idéia) Guarda-roupa. A
<i>E14 AO- Sacola dentro do armário da cozinha.</i>	(1ª idéia) Na gaveta do armário da cozinha. D
<i>E15 MS- Num pacote separado, no armário da cozinha.</i>	(1ª idéia) Na gaveta do armário da cozinha. D

QUADRO 6 - IAD6 (Instrumento de Análise de Discurso 6) - Sente efeitos colaterais?

EXPRESSÕES CHAVES	IDEÍAS CENTRAIS
<i>E1 ML- Não tinha só um comprimido que era difícil de engolir. Não lembro o nome, faz tempo que eu tomava.</i>	(1ª idéia) Não sente efeitos colaterais. A
<i>E2 MI- Tosse na mãe, mas depois que o médico o Isaías (que é farmacêutico) me explicou que é o do Captopril. O Cloreto de magnésio: esse é ruim e até que eu parei de dar, eu tava comprando e ela quase nem tava tomando é ruim mesmo. Eu também tomei, mas dei uma parada, eu enjoiei é ruim de tomar.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação. B
<i>E3 JM- O tal de Croreto meu estômago não pode aceitar, eu tenho o remédio comprado e não tenho coragem nem de preparar.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação. B
<i>E4 ER- O Ginko Biloba e o Croreto faz mal não tomo e também não dou pra ele, ele diz que dói a barriga.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação. B
<i>E5 DR- Não.</i>	(1ª idéia) Não sente efeitos colaterais. A
<i>E6 CM- Não sinto nada. Sinto que fico bem né? Eu comecei a tomar com leite é bem melhor.</i>	(1ª idéia) Não sente efeitos colaterais. A
<i>E7 IR- O AAS faz mal pra mim dá secura na boca, mas continuo a tomar.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E8 PS- A Cinarzina me dá dor de estômago, mas eu tenho que tomar..</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E9 YS- Enalapril dá tosse, mas o médico falou</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não

<i>que é normal, então eu tomo.</i>	interrompeu a medicação. C
<i>E10 AS- Às vezes tontura e sonolência, mas eu tomo todo dia.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E11 I- Nenhum faz mal.</i>	(1ª idéia) Não sente efeitos colaterais. A
<i>E12 TJ- Um pouco de sede, mas eu tomo sim.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E13 AB- Às vezes dá tipo ânsia, tontura e moleza, mas eu tenho que tomar, né?</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E14 AO- Só o da bexiga eu tomei com o estômago vazio e parece que ia me dar um negócio, depois que tomei com o estômago cheio deu certo.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e não interrompeu a medicação. C
<i>E15 MS- O marrom (Nifedipina), incha os pés e pernas e me dei vermelhidão, daí o médico mandou parar.</i>	(1ª idéia) Sente efeitos colaterais e interrompeu a medicação. B

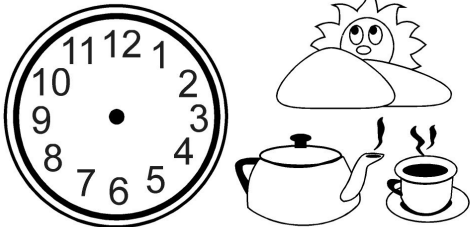
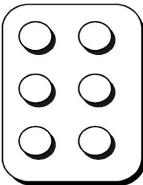
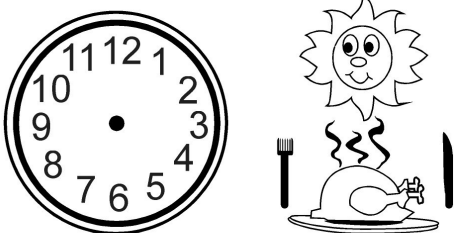
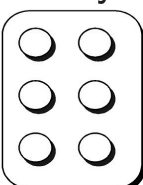
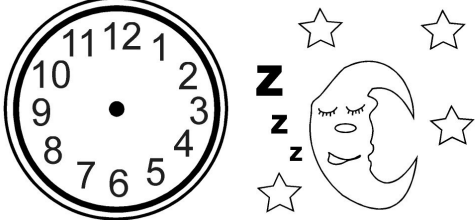
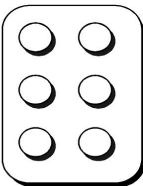
QUADRO 7 - IAD7 (Instrumento de Análise de Discurso 7) - Já deixou de tomar alguma medicação prescrita? Por quê?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<i>EM1- Não, Deus me livre.</i>	(1ª idéia) Não. A
<i>EMI2- O Cloreto de Magnésio, faz mal.</i>	(1ª idéia) Sim. B
<i>E3 JM- O dia que eu não to boa de noite eu não agüento de dor de cabeça, acha que é o da pressão, daí não tomo.</i>	(1ª idéia) Depende. C
<i>E4 ER- Só quando faz mal a mulher não me dá. Esposa: parei de dar o remédio porque ele se sentia muito mal. Era para dar um de manhã e um à noite, daí não to dando mais, o Jairo fez um teste para ver se era a barriga que tava doendo dele, ele tomou um [...] é que da muita viração no estômago, muita ruindade, ele fala que a barriga dele fica doendo, então ele fica deitado e não pode nem levantar, passa ruim mesmo.</i>	(1ª idéia) Depende. C

<i>E5 DR- Outro dia, ele chegou molhado em casa (marido) eu comecei a brigar com ele e daí esqueci de tomar o remédio do coração, de noite eu não podia dormir tive que levantar, caminhar pela casa inteira, abrir a janela que tava me incendiando o rosto e meu coração véio tava disparado. Eu tenho que ta com o meu juízo bem, bem sossegado para tomar meus remédios, porque se acontecer qualquer coisa que eu fique nervosa, esqueço de tomar e fico ruim.</i>	(1ª idéia) Sim. B
<i>E6 CM- Só deixei de tomar aquele outro comprimido que eu pegava no posto do idoso (AAS), era para formigação na mão, não sei porque parei. De noite me dá formigação na mão eu acordo amortecida e começo a esfregar a mão pra vê se melhora.</i>	(1ª idéia) Sim. B
<i>E7 IR- AAS, fez mal pra mim.</i>	(1ª idéia) Sim. B
<i>E8 P- Não.</i>	(1ª idéia) Não. A
<i>E9 YS- Não.</i>	(1ª idéia) Não. A
<i>E10 AS- Nunca.</i>	(1ª idéia) Não. A
<i>E11 I- Não.</i>	(1ª idéia) Não. A
<i>E12 TJ- Só o Diabinese porque o médico mandou parar.</i>	(1ª idéia) Sim. B
<i>E13 AB- Só quando não tenho dinheiro para comprar, se tiver no posto tomo direto.</i>	(1ª idéia) Depende. C
<i>E14 AO- Só tomo quando tem no posto, quando vem receita que eu tenho que comprar nem pego, nem desperdiço o papel.</i>	(1ª idéia) Depende. C
<i>E15 MS- Só esse que me fez mal (Nifedipina), tive tipo reação alérgica, mas o médico já trocou.</i>	(1ª idéia) Sim. B

APÊNDICE 4 – IMPRESSO ELABORADO COMO RESULTADO DO CÍRCULO
DE CULTURA

APÊNDICE 4 – IMPRESSO ELABORADO COMO RESULTADO DO CÍRCULO DE CULTURA

Manhã		Medicações 
Tarde		Medicações 
Noite		Medicações 

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANEXO 1– APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

