



Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online

E-ISSN: 2175-5361

rev.fundamental@gmail.com

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Silvano, Carla Maria; Contim, Divanice; da Silva Santos, Álvaro; Ribeiro Luiz Gonçalves,
Jurema

O FENÔMENO DA POLIFARMÁCIA NO IDOSO FRÁGIL

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 4, núm. 4, outubro-diciembre,
2012, pp. 2995-3005

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750895036>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Mestrado
PPgenf

Programa de
Pós-graduação
em Enfermagem
UNIRIO

Revista de Pesquisas:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM
ALFREDO PINTO

E E A P
UNIRIO

Ministério da Educação

PESQUISA

THE PHENOMENON OF POLUPHARMACY IN THE FRAIL ELDERLY

O FENÔMENO DA POLIFARMÁCIA NO IDOSO FRÁGIL

EL FENÓMENO DE LA POLIFARMACIA EN ANCIANOS FRÁGILES

Carla Maria Silvano¹, Divanice Contim², Álvaro da Silva Santos³, Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves⁴

ABSTRACT

Objective: To understand the use of polypharmacy for frail older people. **Method:** Qualitative research, held in the period from November to December 2011, in Uberaba-MG, Brazil. Data collection occurred through household interviews, recorded using Semistructured roadmap with question issues, analyzed through the Collective Subject Discourse (CSD). **Results:** Upon the Key Expressions, four Core Ideas (CI): believed to have understanding of drug therapy; Incomplete medical guidance and focus on time and in need of family support for understanding; Consequences of Polypharmacy: side effect and enhancement of Therapeutic Regime complied with Medicated. After the grouping of CIS have produced four CSD. **Conclusion:** In elderly fragile, the presence of multiple grievances could lead to the use of polypharmacy. This condition seeks joint actions of the State, health staff, especially nurses, family and the elderly. **Descriptors:** Polypharmacy, Frail Elderly, Drugs of Continuous Use.

RESUMO

Objetivo: Compreender o uso de polifarmácia por idosos frágeis. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada no período de novembro a dezembro de 2011, em Uberaba-MG. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas domiciliares gravadas, utilizando-se roteiro semi-estruturado com questões norteadoras, analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Mediante as Expressões Chaves, surgiram quatro Ideias Centrais (IC): Acredita ter compreensão da terapêutica medicamentosa; Orientação médica incompleta e centrada no horário e com necessidade de apoio familiar para compreensão; Consequências da Polifarmácia: efeito colateral e Valorização do cumprimento do Regime Terapêutico Medicamentoso. Após o agrupamento das IC elaboraram-se quatro DSC. **Conclusão:** No idoso frágil, a presença de vários agravos pode levar ao uso da polifarmácia. Essa condição pede ações conjuntas do Estado, da equipe de saúde, em especial o enfermeiro, da família e do próprio idoso. **Descritores:** Polimedicação, Idoso fragilizado, Medicamento em uso contínuo.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el uso de polifarmacia para los ancianos frágiles. **Método:** Investigación cualitativa, hecha entre noviembre y diciembre de 2011, en Uberaba-MG, Brasil. La colecta de datos se produjo a través de entrevistas en el domiciliares grabadas con una guía semiestructurada con cuestiones norteadoras, analizadas por el Discurso del Sujeto Colectivo(DSC). **Resultados:** Por medio de las expresiones clave, se construyeran cuatro ideas centrales (IC): Creer que tiene conocimiento de la terapia medicamentosa; Orientación médica incompleta y con enfoque en el horario y con necesidad de apoyo familiar para el comprensión; Consecuencias de la Polifarmacia: efecto colateral y Valorización del régimen terapéutico medicamentoso. Después de la agrupación de las IC se han producido cuatro DSC. **Conclusión:** En ancianos frágiles, la presencia de múltiples agravios puede llevar al uso de polifarmacia. Esta condición necesita de acciones conjuntas del Estado, de profesionales de salud, en especial los enfermeros, la familia y los propios ancianos. **Descriptores:** Polifarmacia, Anciano Frágil, Medicamentos de uso contínuo.

¹ Enfermeira. Residente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-Área de Concentração Saúde do Idoso- Mestranda Ciências da Saúde-IAMSPE. E-mail: cm.silvano@hotmail.com. ² Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da UFTM. E-mail: d.contim@uol.com.br. ³ Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Mestre em Administração em Serviços de Saúde. Doutor em Ciências Sociais. Pós Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto II e Docente junto ao Programa de Mestrado Stricto Sensu em Atenção à Saúde na UFTM. E-mail: alvaroenf@hotmail.com. ⁴ Enfermeira. Especialista em Educação. Especialista em Terapia Comunitária. Especialista em Capacitação em Investigação fenômeno de las Drogas. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente junto ao Programa de Mestrado Stricto Sensu em Atenção à Saúde. Professora Adjunta da UFTM. E-mail: juremaluiz@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, a população idosa no Brasil, apresenta aumento considerável, devido a reduções na taxa de fecundidade e mortalidade. Como consequência, a distribuição na pirâmide etária modifica-se, com o aumento dos idosos no total da população, o que implica em maior número de internações, consultas e uso de medicamentos.¹⁻²

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), cronologicamente, países desenvolvidos consideram idosos, pessoas a partir dos 65 anos ou mais de idade e países em desenvolvimento a partir dos 60 anos ou mais. A projeção de idosos, da OMS, para o Brasil, no período entre 1950 a 2025, apresentar-se-á 15 vezes maior enquanto a população total em cinco. Desta forma o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2023, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.³

Sabe-se que o envelhecimento é um processo contínuo tendo início no período fetal estendendo-se até a morte. É associado a um processo biológico que envolve a deterioração progressiva das condições de saúde, resultando em uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo. Essa diminuição não depende apenas do avanço da idade cronológica, mas também das características individuais, dos estilos de vida, condições de trabalho, e outros. Ao processo natural do envelhecimento, dá-se o nome de senescência, enquanto ao processo condicionado a uma patologia de senilidade.⁴

Além das limitações etárias que caracterizam o indivíduo idoso nos contextos sociais ainda se verifica a classificação em três grupos: idosos jovens (de 60 a 74 anos), idosos velhos (de 75 a 84 anos) e idosos muito velhos (de 85 anos e mais), estes últimos mais propensos a apresentar fragilidade e incapacidades.⁵

O idoso frágil na década de 1970 era caracterizado como o indivíduo que vivia em condições socioeconômicas desfavoráveis e apresentava debilidades físicas e cognitivas. Na década de 1980, eram descritos como indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, com dependência para Atividades da Vida Diária (AVDs), acometidos por comorbidades. Em 1989, eram indivíduos debilitados, dependentes, principalmente para as AVDs, e com a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 1990, surgiu à primeira referência de idoso frágil no índice remissivo do mesmo, e desde então passou a ser mais pesquisado, questionando-se a fragilidade como sinônimo de incapacidade.⁶

O Ministério da Saúde conceitua idoso frágil, ou em risco de fragilidade, aquele que: vive em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI); encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais, outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputação dos membros); encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica ou viva situações de violência doméstica.⁷

Apesar das divergências na definição de fragilidade, ora tida como uma síndrome clínica com fisiopatologia e manifestações próprias, ora como uma síndrome geriátrica em que o acúmulo de déficits relacionados ao envelhecimento prediz alterações adversas de saúde verifica-se um consenso de que a mesma é um evento multifatorial, na qual o idoso pode apresentar tais como: sarcopenia, déficit neuromuscular, quebra do equilíbrio homeostático, quedas e fraturas, imobilização, desnutrição, distúrbio na síntese de proteína e efeitos adversos às drogas devido à polifarmácia em pacientes geriátricos, independente de comorbidade e incapacidade funcional.⁸⁻⁹

Nos dias atuais, existem duas vertentes de estudos sobre fragilidade na literatura internacional, a primeira proposta por Fried e colaboradores, 2001, que refere à síndrome identificada a partir do fenótipo. Desta forma, tais autores desenvolveram cinco componentes mensuráveis para a fragilidade: perda involuntária de peso; fadiga; diminuição da velocidade de caminhada; baixa atividade física e perda da preensão manual.⁹

A segunda vertente desenvolvida, pelo Canadian Initiative on Frailty and Aging (CIF-A), iniciada em 2002, vem sendo elaborada através de um construto multidimensional, usando uma abordagem mais holística. A CIF-A elaborou a Edmontom Frail Scale, que contempla nove domínios: (1) cognição, (2) estado geral de saúde, (3) independência funcional, (4) suporte social, (5) uso de medicamentos, (6) nutrição, (7) humor, (8) incontinência, (9) desempenho funcional.¹⁰

Como visto, a fragilidade possui como um predisponente a polifarmácia. Sua definição ainda é controversa. Pode ser definida, como uso simultâneo e/ou excessivo de múltiplos medicamentos, com o uso de pelo menos um medicamento de forma desnecessária, como exemplo, para tratar o efeito adverso do outro.¹¹

Mesmo sabendo que a polifarmácia pode ser usada em outros ciclos de vida, possivelmente o idoso em geral, e o idoso frágil em específico está propenso a desdobramentos vulneráveis em sua saúde, o que torna este estudo relevante. Por vezes, a própria medicação prescrita e seus efeitos colaterais pode sugerir o uso de outros medicamentos. A automedicação, também aumenta o risco da utilização de vários medicamentos, um dos fatores que a viabiliza, é que nos dias atuais há maior acessibilidade aos mesmos, potencializando assim, o uso da polifarmácia.

O envelhecimento, não esta intimamente relacionado, ao surgimento de DCNT, entretanto,

há uma maior vulnerabilidade a doenças, fazendo com que os idosos procurem por diversas especialidades médicas, além de informações com vizinhos, familiares, amigos e também com balconistas de drogarias/farmácias, o que torna o uso de medicamentos entre estes uma epidemia, o que propicia a polifarmácia, um dos fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome da fragilidade em idosos.¹²⁻¹³

Este estudo se justifica na medida em que busca entender a percepção do idoso frágil, sobre o uso da polifarmácia, o conhecimento destes em relação aos medicamentos em uso, fenômeno que por vezes pode realizar alterações no organismo do indivíduo.

Assim, o objetivo deste estudo é compreender o uso de polifarmácia por idosos frágeis.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, com intuito de desvelar o significado do fenômeno do uso de polifarmácia em idosos frágeis. O cenário do estudo foi a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, localizada no município de Uberaba-MG, em parceria com a Pastoral da Saúde, por meio do projeto intitulado “Assistência Domiciliar aos Idosos Fragilizados de uma Comunidade”, fomentado pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEP), e desenvolvido pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), na Área de Concentração Saúde do Idoso da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Para seleção dos sujeitos foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Este instrumento é um dos testes cognitivos mais empregados e mais estudados em todo o mundo: usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadro demenciais.

Seu escore total varia de 0 a 30 pontos, sendo a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade. Os pontos de corte sugeridos, 13 para baixa escolaridade (1 a 4 anos), 18 média escolaridade (4 a 8 anos) e 26 alta escolaridade (acima de 8 anos).¹⁴⁻¹⁵

Após a avaliação pelo MEEM, a coleta de dados relativos ao fenótipo da fragilidade foi mensurada através dos seguintes itens: 1) Perda de peso não intencional: maior de 4,5 ou superior a 5% do peso corporal no último ano; 2) Fadiga autoreferida; 3) Diminuição da preensão palmar, medida com dinamômetro ajustado para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC); 4) Nível de atividades física. Para essa avaliação foi utilizada a versão simplificada do Questionário de Minissota de Atividades Físicas e Lazer, sendo utilizada a versão traduzida e adaptada para o estudo da Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA); 5) Diminuição da velocidade de marcha em segundos: distância de 4,6 m ajustada para gênero e altura.¹⁶⁻¹⁷

Dos 40 idosos avaliados pelo MEEM, dez foram excluídos do estudo por apresentar escore menos que 13, estabelecido como ponto de corte para o mesmo, restando 30 idosos submetidos à avaliação do fenótipo de fragilidade. Destes, cinco foram excluídos da pesquisa pelo critério de mobilidade prejudicada, cinco recusaram a dar continuidade no projeto, doze foram caracterizados como idosos pré-frágeis, e oito como idosos frágeis.

Utilizou-se como critério de inclusão para esse estudo: idoso caracterizado como frágil, em uso de três ou mais medicamentos. Inicialmente foi realizada a apresentação formal do pesquisador. A participação dos membros nas entrevistas foi antecedida de esclarecimento sobre seu objetivo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. Para manter o sigilo dos sujeitos pesquisados foram

utilizados codinomes fictícios na descrição dos resultados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, sob o parecer (n.1813/11-CEP/UFTM).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas domiciliares gravadas, utilizando-se um roteiro norteador:

- 1) Poderia me dizer o nome dos medicamentos que esta usando?
- 2) Quanto tempo usa o medicamento continuamente?
- 3) Encontrou alguma dificuldade em seguir a receita médica?
- 4) Como é para o senhor (a) tomar várias medicações diariamente?

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2011, realizadas em domicílio, após agendamento com os sujeitos, considerando sua disponibilidade de tempo e horário. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra e transcritas posteriormente.

Os sujeitos selecionados foram caracterizados quanto ao: sexo, idade, cor referida, estado civil, renda média, comorbidades, polifarmácia e critérios de fragilidade.

Os achados foram analisados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular, uma estratégia metodológica que visa tornar mais clara a representação dada, consiste em etapas: Expressões-chave (ECH); Ideia Central (IC).¹⁸

Após a transcrição dos depoimentos se fez leitura flutuante com o intuito de estabelecer a síntese das Expressões-Chave, com posterior construção da Ideia Central, e após o agrupamento

destas, a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos oito sujeitos caracterizados como frágeis dois foram excluídos deste estudo, um por não uso de polifarmácia e outro foi a óbito antes da coleta de dados.

Dentre as características dos idosos pesquisados, pode-se ressaltar que a idade variou de 64 a 80 anos, constituída por quatro mulheres e dois homens; a maioria declarou ser branca. No que tange ao estado civil três eram casados, dois viúvos, e um divorciado. A média da renda familiar foi de R\$ 1.509,00 (mil quinhentos e nove reais). Na situação previdenciária todos eram aposentados. Quanto à escolaridade quatro possuíam o ensino fundamental incompleto, um o ensino médio completo, e um era analfabeto absoluto. Relacionada à polifarmácia o número de medicamentos esteve entre cinco a dez em mulheres e cinco a seis em homens. No que concerne a fragilidade verificou-se de três a cinco critérios de fragilidade em mulheres e três em homens. Na questão de comorbidades de três a cinco nas mulheres e de quatro a cinco nos homens, conforme demonstrado na Figura 1.

Codônimo	Caracterização Sócio-demográfica
Antônio	masc, 64 anos, branco, casado, aposentado, ensino médio completo, 3 critérios de fragilidade, 5 condições crônicas de saúde, 6 medicamentos
Bernardo	masc, 79 anos, branco, casado, aposentado, analfabeto absoluto, 3 critérios de fragilidade, 4 condições crônicas de saúde, 5 medicamentos
Cláudia	fem, 70 anos, branca, viúva, aposentada, ensino fundamental incompleto, 3 critérios para fragilidade, 3 condições crônicas de saúde, 10 medicamentos,
Débora	fem, 77 anos, parda, viúva, aposentada, ensino fundamental incompleto, 4 critérios de fragilidade, 5 condições crônicas de saúde, 9 medicamentos
Erica	fem, 80 anos, branca, casada, aposentada, ensino fundamental incompleto, 5 critérios de fragilidade, 4 condições crônicas de saúde, 7 medicamentos,
Fabiana	fem, 80 anos, parda, divorciada, aposentada, ensino fundamental incompleto, 3 critérios para fragilidade, 3 condições crônicas de saúde, 5 medicamentos

Figura 1- Caracterização sócio-demográfica de um grupo de idosos de Uberaba, 2011.

O envelhecimento leva a um aumento da utilização de medicamentos, em decorrência do aumento das comorbidades.

Estas levam o idoso a procurar, várias especialidades médicas, bem como a utilização da automedicação. Pode-se notar que a polifarmácia constitui um fator importante, por ser uma das condições mais associadas à fragilidade, pelo fato de levar a uma situação de risco, sobretudo quando se relaciona a sobreposição de efeitos de múltiplos medicamentos. No Brasil, estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente pessoas acima de 60 anos ou mais¹⁹. Este consumo pode gerar, dentre outros eventos, alterações nervosas, neuromusculares, cardiovasculares, modificações no apetite e no peso, cansaço/fadiga e déficit cognitivo.

Ao se considerar as questões norteadoras para este estudo e levando em consideração as Expressões-chaves, construíram-se quatro Ideias Centrais, que permitiram a elaboração de quatro Discursos do Sujeito Coletivo, mostrando os sentidos da polifarmácia para os sujeitos pesquisados, como demonstrado na Figura 2:

Discurso I		
Expressões - Chave	Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
“[...]pro estomago[...]cloridrato de amiodarona[...]para espasmo[...]todo dia na hora de deitar, é para dormir” (Bernardo) “[...]Jesse cloridrato de amiodarona e o maleato de enalapril[...]Jo ácido acetil salicílico...”(Antônio) “[...] a cada vez que a gente vai ao médico ele receita um, né, aí os outros que vai acabando e ele receita outro, eu não guardo o nome não, os que eu tô tomando agora é aqueles ali.” (Fabiana) “[...]praticamente um ano e dois meses, todos eles, agora ele tirou a vitamina e um outro que eu não estava me sentindo bem, ele tirou. E agora já está diminuindo outro.”(Érica) “[...]não tando sentindo male eu não bebo,eu tando sentindo eu conto 30 gotas coloco num pouquinho de água e tomo,é o único recurso que tenho.”(Bernardo) “[...]Jeu queria conseguir, mas sem pagar[...]mas eu tomo a gente não para com ele, tem que tomar[...]”(Débora) “[...] difícil é comprar [...]é mto eu tô custando a me manter.”(Antônio)	Acredita ter compreensão da Terapêutica Medicamentosa	“A cada vez que vou ao médico ele receita um remédio. Os outros que acabam eu não recordo o nome. Agora quanto aos medicamentos de uso contínuo, sei informar quais ele (o médico) realizou alteração na receita. O médico receitou alguns medicamentos para quando eu não estiver me sentindo bem[...]que é o único recurso que tenho. É difícil comprar os medicamentos é muito caro, estou custando a me manter, mas não posso parar com eles, tenho que tomar.”
Discurso II		
Expressões- Chave	Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
“[...]para que serve ele não explica não, ele fala para tomar de noite e de manhã e só, aí eu leio a bula e vejo para que é[...]”(Fabiana) “Quando vou ao médico, vou com minha filha devido ao meu problema de entender, aí ele pega e fala tudo para ela[...]Jeu acho bom conversar com minha filha porque praticamente não entendo[...]”(Antônio) “[...]Jele fala o senhor toma de manhã ele manda tomar se é de tarde ele manda tomar de tarde[...]por causa do meu problema, já fui numa porção de médico[...] o meu filho é curioso ele pega as bulas[...]”(Bernardo) “[...] ele fala do jeito que ele quer que tomo[...]Jeu leio a bula porque eu gosto muito de ler[...]Je vejo os efeitos colaterais que dá[...]”(Érica)	Orientação médica incompleta e centrada no horário e com necessidade de apoio familiar para compreensão	“Quando vou ao médico, ele orienta como se toma a medicação, fala para tomar de manhã, tarde ou noite e só, por causa do meu problema já fui numa porção de médico. O médico não explica para que serve, nos os efeitos colaterais, então eu leio a bula porque gosto de ler. Vou acompanhado de minha filha, por não conseguir entender as orientações devido ao meu problema, ele passa tudo para ela.”
Discurso III		
Expressões-chave	Ideia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
“[...]Jesse de dissolver, eu tomo de manhã, tem os remédios à noite também, esse de dissolver dá vontade de jogar fora, Nossa Senhora.”(Fátima) “[...] dá irritação na garganta, na língua, esse aqui por exemplo, tomar com um pouco d’água, para preparar o estômago. Detesto tomar remédio, comprimido mexe com o estômago, ainda mais que eu tenho problemas, é perigoso arder se arder tem que parar, também não faço nenhuma extravagância.”(Érica) “[...] eu fico ruim para andar minha perna fica dura [...]”(Fátima) “[...] efeito colateral tá me dando, assim, muita moleza, sonolência, sabe e é isso, e me dá calor aqui no braço esquerdo, tô sentindo um calor de vez em quando. Eu não sei qual é acho que é o [...] que dá isso em mim.” (Antônio)	Consequências da Polifarmácia: Efeito Colateral	“Quando tomo remédio eu fico ruim para andar, minha perna fica mais dura. Depois que eu tomo o [...] sinto muita moleza, sonolência, um calor no braço esquerdo, acho que é ele que dá isso em mim. Eu tenho irritação na garganta e na língua quando tomo[...], tem uns que mexem com estômago, ainda mais eu que tenho problema, é perigoso arder, se arder tem que parar. Mas também há os medicamentos que levam a náuseas, quando eu tomo esse de dissolver, dá vontade de jogar fora, Nossa Senhora”.
Discurso IV		
Expressões-chave	Ideia Central IV	Discurso do Sujeito Coletivo
“[...]lembro, lembro, fico sem tomar de jeito nenhum, tomo café da manhã vou lá para o quarto e já tomo meu remédio, depois que eu vou fazer as outras coisas, lavar roupa, arrumar cozinha, fazer almoço.”(Fátima) “[...] não acho difícil não, eu tomo tudo nas horas certas, controlo tudo [...]”(Bernardo) “[...] tomo, eu bebo três cedo e acho que seis de noite [...] a minha neta me dá, eu não sei nem nada mais [...]”(Antônio) “[...] mas não esqueço não, minhas filhas deixam escrito na minha frente, passam os remédios, eram mais de oito, colocam numa bandeja de xícara, e falam quando tomar passa para outra vasilha[...]”(Érica) “ [...] não tomar não, tomei pela mão do filho e da filha quando tive internado, vô ali para cozinha conto as gotas e tomo.”(Bernardo)	Valorização do cumprimento do Regime Terapêutico Medicamentoso	“Quando vou tomar os remédios, a minha neta me dá, eu não sei nem mais nada. Não esqueço não deixam escrito na minha frente, e deixam numa bandeja de xícaras e falam quando tomar passar para outra vasilha. Eu me lembro de tomar, não fico sem tomar de jeito nenhum, tomo café da manhã e vou lá para o quarto tomar o remédio, depois vou fazer outras coisas. Só tomei pela mão do filho e da filha quando tive internado agora, vô na cozinha conto as gotas e tomo, controlo tudo.”

Figura 2: Idosos de acordo com Expressões Chaves, Idéias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo. Uberaba, 2011.

O processo de envelhecimento normalmente é acompanhado por uma série de alterações orgânicas, fisiológicas, mentais, sociais e psicológicas. Embora nem todos os idosos necessitem de medicamentos, a presença das manifestações clínicas decorrentes do

envelhecimento e o aparecimento das DCNT, implica na prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos. Sendo assim, é de fundamental importância que os profissionais de saúde, tenham em mente que as questões do

R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):2995-05

tratamento ao idoso transcendem os limites biomédicos e psicossociais.²⁰⁻²¹

As alterações levam os idosos a procurarem várias especialidades médicas, onde ocorrem alterações na prescrição. Desta forma, é importante que o idoso seja acompanhado por familiar no momento da consulta, por ser fonte de segurança e afeto. É necessário que o profissional reconheça que o familiar ao entrar no consultório, seja um auxiliar quanto às dúvidas dos idosos relacionados aos medicamentos em uso e outros acompanhamentos médicos, mas o idoso ao mesmo tempo deve ser protagonista do seu autocuidado, sempre que possível.

É importante que a terapia medicamentosa não seja enfatizada no discurso de seguir corretamente a prescrição, mas na comunicação saudável entre o profissional, paciente e familiar. Deve-se abordar o tratamento medicamentoso e as condições de escolaridade, custos, presença de cuidador na família, número de comprimidos por dia, entre outros. Desta forma é necessário que o idoso e seu familiar recebam orientações adequadas para o cumprimento da terapêutica, e sejam capazes de identificar alterações durante o regime.

Quando as orientações são realizadas de forma insatisfatória, os idosos e seus familiares vêm na bula a melhor maneira de satisfazer suas dúvidas, no entanto as informações contidas na bula são voltadas para os conhecimentos técnicos, o que as tornam insatisfatórias, deixando os idosos preocupados com as informações obtidas, o que pode acarretar a não adesão ao tratamento.²²

Percebe-se a necessidade de atuação dos profissionais da saúde na qualificação do conhecimento dos idosos e seus familiares, relacionado à medicação: forma de conseguir os medicamentos e ao acompanhamento de seu uso. Diante disto a Atenção Primária à Saúde (APS), deve oferecer uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio, no

domicílio dos idosos e na Unidade Básica de Saúde (UBS).²³

O enfermeiro como membro da equipe de saúde, deve conhecer o processo de envelhecimento, e as estratégias que contribuam para um melhor cuidado às pessoas idosas, incluído neste cuidado às intervenções adequadas quanto ao uso do medicamento. Este profissional pode ser um protagonista no levantamento do uso de polifarmácia em idosos frágeis e buscar alternativas que possam minimizar esta prática.

A população idosa destina grande parte do seu orçamento para a obtenção de medicamentos, comprometendo o investimento de outras necessidades: moradia, alimentação e lazer, por exemplo. Sendo os medicamentos, importantes para a qualidade de vida, muitos lançam mão de várias formas para a obtenção dos mesmos, a fim de não prejudicar seu tratamento. Alguns medicamentos prescritos são encontrados gratuitamente na rede pública de saúde, farmácias populares ou mesmo entregues no domicílio, bem como Organizações Não Governamentais (ONG) que realizam distribuição de medicamentos; outros, porém são de alto custo.

O Estatuto do Idoso, no artigo 15º no segundo parágrafo, determina que cabe ao Poder Público, fornecer gratuitamente, medicamentos, especialmente de uso contínuo, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação de sua saúde. É importante ressaltar que a lei não fala de idoso carente ou em estado de pobreza, todos têm direito de receber os medicamentos, basta ter 60 anos ou mais.²⁴ Em estudo realizado em 2010, demonstrou-se que 64,7% dos medicamentos foram adquiridos em estabelecimentos particulares, 31,7% foram adquiridos na rede pública e 3,6% resultantes de doações ou empréstimos.²⁴

É importante que ocorra a racionalização do uso de medicamentos por idosos, uma vez que particularidades dessa população, em comparação aos demais adultos, os expõe a um aumento dos riscos associados aos medicamentos. Os efeitos fisiológicos e/ou patológicos que ocorrem no envelhecimento podem modificar o efeito dos fármacos. Quanto mais medicamentos o idoso ingere, maior a chance de efeitos colaterais, fraqueza, tontura, náuseas, constipações e outro efeitos complicadores.²⁵

As reações que acometem o idoso advêm algumas vezes da duplicidade de medicamentos, interações medicamentosas e até mesmo interações medicamentosa com alimentos; isto dificultado ainda mais pelo desconhecimento, número de comprimidos tomados diariamente, e local da guarda dos medicamentos.

No indivíduo o desempenho funcional pode declinar a partir da terceira década de vida, devido ao processo de envelhecimento. Essas alterações apresentam mais repercussões na vida diária dos idosos do que propriamente as DCNT. Com o intuito de amenizar essas alterações nos idosos, é importante a prática de atividades físicas, o que torna o sujeito mais seguro para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).²⁶⁻²⁷

Os idosos que apresentam déficits cognitivos apresentam certa dificuldade para entender e/ou recordar o regime terapêutico prescrito. Um dos fatores é a multiplicidade de medicamentos, visto que, tratamento mais complexo exige maior atenção, memória e organização.

Alguns idosos são autônomos e independentes, tanto para realizar AVD que constituem tarefas como: tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, entre outras; bem como, AIVD: preparar refeições, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.²⁸

Porém, um estudo de 2007, verificou que 15,2% dos idosos necessitam de cuidador, para lhes administrar os medicamentos, desde que os cuidadores sejam orientados corretamente sobre a forma de administração dos mesmos.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento leva a algumas alterações no organismo dos indivíduos, como também o acometimento de DCNT, aumentando o número de medicamentos utilizados.

Alguns desses medicamentos podem ser conseguidos de forma gratuita, porém, quando entregues no domicílio, leva o idoso a acreditar, que não há necessidade de ir à UBS, uma vez que o significado de frequentar os serviços de saúde está relacionado à consulta médica e obtenção de medicamentos, dessa forma ficam desobrigados de um acompanhamento, que garanta o acesso ao tratamento medicamentoso. Em contrapartida, os profissionais de saúde, não ficam cientes das alterações provenientes pelos medicamentos, como alterações em sua saúde.

É necessário que o idoso, conheça e lute por seus direitos, entre eles que o cuidado a ele, não fique restrito apenas a sua família. A sociedade e o Estado tem o dever de defender sua dignidade, bem-estar e direito a vida e cidadania. Assim, é importante que tanto o idoso quanto seus familiares estejam cientes dos seus direitos, e informações quanto ao cuidado.

No entanto, antes que os profissionais de saúde realizem as orientações, é preciso que eles tenham maior conhecimento sobre as alterações ocorridas no envelhecimento, e principalmente relacionado à polifarmácia, quanto as interações medicamentosas e alimentares e as formas para se amenizar e até mesmo prevenir os efeitos colaterais.

Para a melhoria da qualidade de vida do idoso e a possível prevenção da fragilidade deve-se incluir mudanças no estilo de vida, tais como: suspensão do tabagismo, da ingestão excessiva de álcool e da ingestão de drogas psicoativas, além do tratamento rigoroso de doenças crônicas e ágil de doenças agudas. Acrescenta-se, as recomendações próprias para a promoção do envelhecimento saudável, como alimentação balanceada e diversificada, manutenção de atividade física adequada e o uso controlado de medicamentos. Condição que deve ser buscada, em detrimento de apenas se hipervalorizar a terapêutica medicamentosa, como verificado no grupo pesquisado.

É necessário que os idosos e seus familiares recebam orientações adequadas em relação à terapêutica medicamentosa, não apenas no que diz respeito ao cumprimento da terapêutica, mas também, aos possíveis efeitos colaterais, interações medicamentosas e alimentares.

Pessoas idosas necessitam de atendimento de forma integral, levando-se em conta suas queixas, situações sociais, econômicas, familiares e emocionais. Assim, é preciso a participação de profissionais de outras áreas além do médico, como: enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicológicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, e outros.

Acrescenta-se a isto o papel da família, em apoiar o uso adequado de dieta e medicamentos; além das orientações sobre: trabalho, lazer, exercícios, situações estas que interferem na promoção da saúde e qualidade de vida, prevenção de agravos e/ou no tratamento de doenças instaladas.

REFERÊNCIAS

1. Obreli Neto PR, Cuman RKN. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua presença no SUS: Avaliação das Listas

Padronizadas. Rev. Bras. Geriatr.Gerontol [periódico na Internet]. 2011[Acesso em 2012 jan 29]; 14(2): 285-94. Disponível em:http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200009&lng=pt.

2. Quinalha JV, Correr CJ. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: Uma Revisão. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol[periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 2012 jan 29]; 13(3): 487-500. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300014&lng=pt.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/Ministério da Saúde. 2010.

4. Papaléo Netto M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2.ed.São Paulo: Atheneu; 2007. p. 3-14.

5. Caldas CP. Quarta idade: a Nova Fronteira da Gerontologia. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2 ed.São Paulo.2007.

6. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. Revista Rene Fortaleza. [periódico na Internet] 2008 [Acesso em 2012 fev 10]; 9 (2):113-9.Disponível em: <http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistaRENE/2008/vol9/no2/13.pdf>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Brasília. 2006.Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

8. Borges LL, Menezes RL. Fragilidade: uma revisão sistemática de definições e marcadores. UCG [periódica na Internet]. 2009

- [Acesso em 2012 fev 12] Disponível em: http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Fragilidade%20_%20uma%20Revisosistemica%20de%20Definies%20e%20Marcadores%20Frailty%20_%20a%20Systematic%20Review%20Of%20Definitions%20And%20.
9. Fried LP, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Geront.* [periódico na Internet]. 2001 [Acesso em 2012 jan 29]; 56 (3):146-56. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65827121/Frailty-in-Older-Adults-Evidence-for-a-Phenotype>.
 10. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9.
 11. Davani G, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina(Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2010 [Acesso 2012 jan 30]; 15 (6): 2899-905. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600027&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600027.
 12. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA et al . Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Dec [Acesso 2012 set 13] ;45: 1763-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022&lang=pt&lng=:
 13. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enfermagem*. 2010;63:134-40.
 14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “ Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Res* [Internet]. 1975 nov [Acesso 2012 jan 25];12(3): 189-98. Disponível em: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1990/A1990CE78800001.pdf>.
 15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.* [Internet]. 1994. [Acesso 2012 jan 20]; 52(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=pt.
 16. Crego DOC, Batista NA. Funcionalidade, Força Muscular e Depressão em Idosos Frágeis, Pré-Frágeis e Não-Frágeis da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG). 2010 [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Fisioterapia]. [Internet]. Belo Horizonte (MG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1834.pdf>.
 17. Macedo C, Gazzola JM, Naias M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq. Bras. Ciências. Saúde*. 2008. nov. 33(3): 177-84.
 18. Lefère F, Lefère AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul: Educ. 2005.
 19. Teixeira JJ, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 207-13.
 20. Papaléo Netto M, Yasu DR. Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos Conceituais e Objetivos. In: Papaléo Netto M. *Tratado de Gerontologia*. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 149-61.

21. Galvão C. O idoso polimedicado-estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral*. 2006[periódico na Internet];22 (6):747-52. Disponível em: http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=298.
22. Teixeira JJV, Cano FG, Sanches ACC, Carniel TA, Schneider DSLG. Inquerito farmacoepidemiológico de pacientes de meia idade e idosos em três comunidades de Cascavel, PR-Brasil: Verificação evolutiva do conhecimento terapêutico. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [periódico na Internet]. 2008. [Acesso 2012 fev 15];44(2):297-303. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000200015>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p.
24. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1, 1999.
25. Heinick I, Ribeiro MA. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família em Ibiá- MG, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. [periódico na Internet]. 2010. [Acesso 2012 jan 29];19 (3): 653-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/16.pdf>.
26. Maciel FP. Dificuldade do idoso na terapêutica plurimedicamentosa e seus efeitos colaterais-iatrogenia. 2010[Monografia]. [Internet]. Belo Horizonte (MG). Pós-graduação em Programa Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2391.pdf>.
27. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional em idosos. *Scientia Medica* [periódico na Internet]. 2008 [Acesso 2012 fev 10];18 (1):4-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2090/2806>.
28. Cartaxo H, Moura P, Silva E, Vasconcelos A, Mariz L, Freitas C. Qualidade de vida: avaliação da capacidade funcional de um corpo que envelhece ativo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. [periódico na Internet]. 2011 [Acesso 2012 fev 10];3(3):2207-15. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/1462/pdf_426.
29. Machado FN. Capacidade e desempenho para as atividades básicas de vida diária: um estudo em idosos dependentes. [dissertação de mestrado]. [Internet]. Belo Horizonte (MG). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. [Acesso em: 2012 jan 28] Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4ce4036b09091.pdf

Recebido em: 17/02/2012

Aprovado em: 17/10/2012