

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CRISTINE DOS REIS

A RELAÇÃO DOS IDOSOS COM SEUS MEDICAMENTOS

Porto Alegre

2011

CRISTINE DOS REIS

A RELAÇÃO DOS IDOSOS COM SEUS MEDICAMENTOS

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Porto Alegre

2011

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

R375r Reis, Cristine dos.

A relação dos idosos com seus medicamentos / Cristine dos Reis. Porto Alegre: PUCRS, 2011.
00 f.: tab.

Orientador: Prof. Dr. Angelo José Gonçalves Bós.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. GERIATRIA. 2. ENVELHECIMENTO. 3. SAÚDE DO IDOSO. 4. ADESÃO À MEDICAÇÃO. 5. QUALIDADE DE VIDA. 6. ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS. 7. PESQUISA QUALITATIVA.

I. Bós, Angelo José Gonçalves. II. Título.

CDD 615.58

NLM WB 330

Bibliotecária Responsável:
Sabrina Caimi Silva da Costa
CRB 10/1606

CRISTINE DOS REIS

A RELAÇÃO DOS IDOSOS COM SEUS MEDICAMENTOS

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maria Cristina Werlang – Faculdade de Farmácia

Prof. Dr. José Roberto Goldim – Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me ajudar a superar todas as barreiras e por ter tornado possível que eu tivesse essa grande oportunidade de aprendizado que foi a realização do curso de Mestrado.

Aos meus pais, Isabel e José Valcir, pelo auxílio financeiro, pelos exemplos de integridade, competência e paixão pelo trabalho que me forneceram; por incutirem em mim a importância do conhecimento; e, principalmente, por acreditarem nas minhas potencialidades, quando eu mesma duvidava.

Ao meu marido, Matheus, pelo incentivo, apoio, compreensão, por ser meu porto seguro e suporte afetivo nos momentos difíceis, mas principalmente pela renúncia a seus sonhos para realização dos meus.

Aos meus avós, que com seu carinho e amor sempre estiveram presentes em minha vida em todos os momentos.

Aos meus sogros, Lourdes e Ildo, por entenderem os motivos pelos quais não consegui estar tão presente quanto eu queria na vida deles.

À minha irmã e cunhado, Francine e Lucas, que mesmo à distância sempre me deram muita força.

Ao prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós, por ser o responsável por oportunizar os momentos de maior desenvolvimento pessoal e intelectual até então vividos por mim. Por todo o auxílio, atenção, confiança e amizade.

À prof. Dr. Maria Cristina Werlang e Cristina Jeckel, por serem exemplos de ser humano e de profissionais docentes. Pelo apoio e incentivo que me deram em cada uma das etapas e por terem se tornado muito mais do que colegas de trabalho, mas minhas amigas.

À prof. Dr. Cristina Jeckel, por ter me aconselhado a respeito da importância do mestrado para poder realizar meu sonho de ser um dia docente.

Às queridas amigas e colegas do IGG, Milena e Angela, pela amizade, convivência e conversas compartilhadas durante todo o período em que estamos convivendo juntas.

A meus amigos e dindos, Aline e Leandro, por terem me recebido com tanto amor e carinho em sua casa todas as semanas.

Aos idosos participantes da pesquisa. Agradeço imensamente a eles, pelo carinho e crédito que me deram, deixando-me invadir um pouco sua privacidade.

RESUMO

Introdução: de acordo com estimativas do IBGE (2009), 13,5% da população gaúcha é formada por idosos com 60 anos ou mais de idade. Com o envelhecimento, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. O uso de muitos medicamentos está relacionado a um melhor controle dessas doenças. Este fato corrobora a observação de que os idosos representam o estrato etário com maior utilização de medicamentos na sociedade. Doenças cardiovasculares e o diabetes estão entre as enfermidades com maior prevalência entre essa população com um consumo mais importante de medicação. Neste contexto, dois fenômenos são extremamente importantes: a polifarmácia e a automedicação. Estes dois fenômenos podem conduzir à prática do acondicionamento domiciliar de medicamentos que é bastante freqüente em nosso país, entretanto, poucos trabalhos tentam entender as causas desses fenômenos e o que os mesmos representam para o idoso. **Objetivos:** este estudo tem como objetivo observar o que representa o medicamento para o idoso, sua compreensão e crença no seu regime terapêutico. Busca também identificar número de medicamentos armazenados nos domicílios dos idosos, sua procedência e armazenamento, além de observar a existência ou não de medicamentos em desuso ou vencidos nestes domicílios, os motivos pelos quais eles não estão sendo utilizados e, se for o caso, onde são descartados. **Trajetória Metodológica:** trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, observacional não participativo. A amostra de conveniência foi composta por 8 idosos diabéticos e/ou hipertensos, residentes no domicílio de Dois Irmãos, de ambos os sexos, não institucionalizados com idade igual ou superior a 60 anos. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada e a análise dos mesmos foi feita através da Técnica de Análise Temática. **Resultados:** entre os resultados constatou-se a presença de automedicação, como uma forma de auto-cuidado. O pouco conhecimento sobre a terapia dos entrevistados pode estar relacionado com o fenômeno de polifarmácia observado entre os entrevistados. O uso de terapias alternativas demonstrou ser uma prática comum entre esta população. O quarto e a cozinha foram os locais preferidos pelos entrevistados para o armazenamento dos medicamentos em seus domicílios. Nestes locais observou-se a presença de medicamentos em desuso, alguns com sua validade expirada. Os entrevistados não tinham informações sobre a maneira correta de descartar seus medicamentos, sendo o lixo comum a maneira mais utilizada para esta prática. Os motivos para a manutenção de medicamentos nos domicílios foram diversos, como por exemplo: cultura de automedicação, “segurança” e acessibilidade. A maneira de aquisição variou entre os entrevistados da pesquisa: alguns compravam, outros retiravam na unidade básica de saúde (UBS) e outros compravam alguns medicamentos e retiravam os demais na UBS. Outro achado importante da pesquisa foi que muitos dos entrevistados vêem seus medicamentos como uma condição essencial para manutenção de suas vidas, além de proporcionar saúde e bem estar. Alguns mencionam que os medicamentos permitem sua autonomia e socialização. **Conclusões:** ao final da pesquisa, o uso de medicamentos se mostrou um importante instrumento de auto-cuidado, de preservação da independência física e da autonomia desses indivíduos. Fenômenos como automedicação e polifarmácia estavam presentes nesta população, sendo muito importantes porque são uma

preocupação de saúde pública. No entanto, os achados mostram que os idosos necessitam de programas de educação sobre seus medicamentos, para que estes compreendam melhor sua terapia e para evitar os perigos que ela pode proporcionar a suas vidas.

ABSTRACT

Introduction: according to estimates provided by IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics), 13.5% of Southern Brazilian population is formed by 60-year-old or older people. Aging is followed by an increase in the prevalence of chronic and incapacitating diseases and a change of paradigm in public health. The use of several medications is related to an improvement in the control of these diseases. This fact corroborates the observation that elderly people represent the age group with a wider utilization of medications within society. Cardiovascular diseases and diabetes are among the most prevalent diseases in this population and account for most medications consumed. In this context, two phenomena are extremely important: polypharmacy and self-medication. These two phenomena may lead to the practice of home storage of medications, a very common practice in Brazil, however, few studies tried to understand the causes of these phenomena and how the elderly faces them. **Objectives:** this study aims to understand the meaning of medications for the elderly and their comprehension and belief in their therapeutic regimen. It also aims to identify the number of medications stored in elderly peoples' houses, their origin, and storage, in addition to observing the existence or not of unused or expired medications in these houses, the reasons why they are not being used and, if applicable, where they are disposed. **Methodology:** it is a qualitative, observational, and non-participatory research. The convenience sample was composed of 8 elderly persons, diabetic and/or hypertensive, living in the city of *Dois Irmãos*, of both sexes, not institutionalized, aged 60 years or older. The instrument used for data collection was a semi-structured interview, and data analysis was performed through the thematic analysis technique. **Results:** the presence of self-medication was a form of self-care. The poor knowledge of interviewees about the therapy may be related to the phenomenon of polypharmacy observed among interviewees. The use of alternative therapies was found as a common practice among this population. The bedroom and the kitchen were the preferred places by the interviewees for storing medication in their houses. Unused medications, some expired, were discovered in these places. The interviewees had no information on the right manner of disposing of their medications, discarding them most frequently with the common garbage. The reasons for the maintenance of medications in the houses were various, e.g. the culture of self-medication, "safety" and accessibility. The manner of acquiring the products varied among interviewees: some of them bought them, others received them in healthcare units, and others bought some medications and received others. Another important finding was that many interviewees see their medications as an essential condition for the maintenance of their lives, in addition to providing health and well-being. Some interviewees mentioned that medications allowed their autonomy and socialization. **Conclusions:** the use of medications was seen as an important instrument for self-care, preservation of physical independence and autonomy for these individuals. Expired medications, phenomena as self-medication and polypharmacy were present in this population, being of great importance as a preoccupation of public healthcare. However, findings show that elderly people need educational programs on medications in order to improve their understanding of their therapies and avoid the dangers it can bring to their lives.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Assuntos do instrumento de pesquisa dividido em blocos.....	26
Quadro 2. Características dos entrevistados na pesquisa.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Identificação do número de medicamentos encontrados nos domicílios..	42
Tabela 2. Unidade contextual: Compreensão do regime terapêutico	73
Tabela 3. Unidade contextual: Armazenamento de medicamentos.....	75
Tabela 4. Unidade contextual: Medicamentos com validade expirada	77
Tabela 5. Unidade contextual: Manter medicamentos em domicílio.....	79
Tabela 6. Unidade contextual: Aquisição dos medicamentos.....	82
Tabela 7. Unidade contextual: Utilização de terapias alternativas.....	83
Tabela 8. Unidade contextual: Significado dos medicamentos para os idosos	85

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3.2.1 Principal	18
3.2.2 Específicos	18
4 REVISÃO DA LITERATURA	19
4.1 ENVELHECIMENTO	19
4.2 DOENÇAS CRÔNICAS	20
4.2.1 Diabetes mellitus	20
4.2.2 Hipertensão arterial	21
4.3 AUTOMEDICAÇÃO	23
4.4 POLIFARMÁCIA	23
4.5 PROJETO PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL (PIRSAM)	25
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	27
5.2 UNIVERSO E PARTICIPANTES	29
5.3 COLETA DE DADOS	31
5.3.1 Entrevistas de aculturação	32
5.3.2 Início do processo	32
5.3.3 No domicílio do idoso	33
5.3.4 Após término da entrevista	34
5.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	34
5.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE	36
5.5.1 Triangulação	36
5.5.2 Transparência e clareza nos procedimentos	36
5.5.3 A construção do corpus - indicador de confiabilidade e relevância	37
5.5.4 Descrição detalhada - indicador de confiabilidade e relevância	37
5.5.5 Reflexibilidade	37
5.6 QUESTÕES ÉTICAS	38
6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
6.1 COMPREENSÃO DA TERAPIA	39
6.2 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	42
6.3 MEDICAMENTOS COM VALIDADE EXPIRADA	44
6.3.1 Repercussão econômica	47
6.4 MANUTENÇÃO DE MEDICAMENTOS NOS DOMICÍLIOS (FARMÁCIA CASEIRA)	49
6.5 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	52
6.6 UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS	53

6.7 SIGNIFICADO DOS MEDICAMENTOS	55
7 CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	68

1 INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas do IBGE¹, 13,5% da população gaúcha são formados por idosos que são indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Porto Alegre é a segunda capital do Brasil em número de idosos. Com o envelhecimento, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. Não é suficiente considerar apenas o aumento da expectativa de vida da população, mas é necessário também avaliar a qualidade desses anos que estão sendo adicionados à vida dos indivíduos.¹

Os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos demandam respostas urgentes em diversas áreas. Sendo assim, são de extrema importância ações de caráter preventivo, principalmente no controle da autonomia, e conseqüentemente, na qualidade de vida.^{2,3}

Com o aumento da idade cronológica, podem surgir inúmeras causas de fragilidade ou risco para os indivíduos, dentre as quais a presença de múltiplas doenças, situação econômica precária, internação hospitalar nos últimos 12 meses, ingestão de muitos medicamentos e reações adversas aos mesmos.³

Estudos populacionais brasileiros demonstram que pelo menos 85% dos idosos possuem no mínimo uma doença crônica e que pelo menos 10% desses possuem mais de cinco doenças. O uso de muitos medicamentos está relacionado a um melhor controle dessas doenças.⁴ Os idosos representam o estrato etário com maior utilização de medicamentos na sociedade.^{4,5}

Doenças cardiovasculares e diabetes estão entre as enfermidades com maior prevalência entre essa população com um consumo mais importante de medicamentos. Doenças cardiovasculares respondem por 35 a 55% do total de mortes no Brasil e nesse caso a hipertensão é o primeiro fator de risco relacionado, sendo que 26% da população de Porto Alegre são hipertensos. No mundo, em 2002, cerca de 173 milhões de pessoas na idade adulta tinham diabetes. Entre os idosos, no Brasil, a prevalência é de 17,3%, de 60-69 anos.⁶

Nesse contexto, dois fenômenos são extremamente importantes: a polifarmácia e a automedicação. Esses dois fenômenos podem conduzir à prática do acondicionamento domiciliar de remédios, bastante frequente em nosso país. São

formadas verdadeiras farmácias dentro dos domicílios, com diversos tipos de medicamentos.^{7, 8, 9} Algumas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência renal e doenças associadas a dor, foram correlacionadas significativamente com polifarmácia.¹⁰

Em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, bem como sua disponibilidade em estabelecimentos não farmacêuticos, favorecendo seu uso indiscriminado. Nesses países, no entanto, os rígidos controles estabelecidos pelas agências reguladoras e o envolvimento dos farmacêuticos na orientação dos usuários tornam menos problemática a prática da automedicação.⁷

De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são afetadas pela automedicação, pela má qualidade da oferta de medicamentos, pelo não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e pela carência de informação e instrução sobre a terapia para a população em geral, o que justifica a preocupação com a qualidade da farmacoterapia. Ter medicamentos estocados em ambientes domiciliares por parte do usuário pode parecer uma questão de prevenção. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde, deve-se tomar cuidado com a maneira de armazenar e consumir esses medicamentos, pois, se não forem seguidas as recomendações de armazenamento, o medicamento pode se tornar ineficaz ou trazer consequências graves à saúde do usuário. A estabilidade e eficácia dos medicamentos estão diretamente relacionadas à forma como estes se encontram guardados. Outro problema relacionado ao acondicionamento de medicamentos está intimamente ligado ao acesso a esse local, devendo-se evitar que crianças e animais domésticos entrem em contato com o fármaco. Essa medida serve para evitar acidentes como intoxicação e contaminação dos medicamentos, fatores que podem trazer prejuízos graves à saúde e em casos extremos podem levar o indivíduo ao óbito.⁷

Vários tipos de estudos de utilização de medicamentos foram publicados nos últimos anos, muitos deles focalizando as condutas de prescrição médica e automedicação. Outros, ainda, relatam uma prescrição inadequada por parte dos médicos, já que estes prescrevem quantidades altas de medicamentos antes da estabilização do regime terapêutico.¹¹ Por outro lado, existem ainda muitos estudos que têm fornecido razões pelas quais os pacientes deixam de utilizar os

medicamentos, mas não dão detalhes da forma de coleta e a razão pela qual cada medicamento é devolvido à farmácia ou mesmo descartado no lixo doméstico.^{11, 12}

Os farmacêuticos possuem um papel importante neste cenário. Eles avaliam aspectos como o uso adequado dos medicamentos; possibilidade de redução das doses dos mesmos sem afetar a eficiência do tratamento; ajuste de doses de medicamentos que estão fora da margem de segurança; e seu uso correto. O papel do farmacêutico clínico vem se confirmando vital nos desenvolvimentos de recomendações, tanto para os pacientes quanto para os médicos.⁴

Desafios como promover o uso racional de medicamentos; contribuir no processo educativo dos usuários acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca do tratamento prescrito, bem como quanto à necessidade da receita médica; realizar avaliações regulares desses medicamentos empregados pelos idosos quanto à complexidade do regime posológico, custo e aderência ao tratamento, precisarão ser enfrentados pela classe farmacêutica.³

O profissional da saúde está inserido em um campo que é produto de uma realidade complexa envolvendo aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Nele, muitas vezes há necessidade de se avaliarem valores, atitudes e crenças dos grupos a quem as ações se dirigem. Assim, o binômio saúde-doença traz implícita a carga histórica, cultural, política e ideológica que não está contida apenas em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico. A pesquisa qualitativa, mesmo trabalhando aspectos subjetivos, amplos, com riqueza e profundidade de detalhes, pode levar a resultados objetivos, claros e concisos, desde que o pesquisador, ao interpretar os dados, dê o sentido “real” que foi transmitido pelos sujeitos pesquisados, e não a sua visão pessoal sobre o tema investigado.¹³

Enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde necessitam, com frequência, ampliar a compreensão científica de fenômenos acerca da vida e da doença, tais como vivenciados e simbolizados por seus pacientes. A entrevista da pesquisa qualitativa é igualmente um encontro interpessoal para a obtenção de informações verbais e/ou escritas, porém de uma maneira não-dirigida, consistindo em um instrumento de pesquisa científica que busca gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas. Seria muito interessante se todos os outros profissionais da saúde pudessem empregar métodos qualitativos. Estes possuem a vantagem, resultante da sua experiência de cuidado com a saúde, de trazer uma atitude clínica

e existencial próprias, que lhes permitirá executar valiosas coleta de dados e interpretar os resultados com autoridade.¹⁴

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma:

No primeiro capítulo são apresentados a justificativa, o problema e os objetivos do estudo. No segundo capítulo é apresentada uma breve revisão sobre envelhecimento, hipertensão arterial, diabetes mellitus, automedicação e polifarmácia. Apresenta-se também um breve relato do estudo Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul – uma abordagem multidimensional (PIRSAM), de onde foram selecionados os participantes deste estudo.

No terceiro, apresenta-se a trajetória metodológica.

No quarto, trata-se da discussão dos resultados encontrados, em termos de sentimentos em relação ao significado da relação dos idosos com seus medicamentos em seu contexto de vida.

O trabalho encerra com as conclusões dos pesquisadores, no quinto capítulo.

2 JUSTIFICATIVA

Poucos trabalhos brasileiros tentam identificar as principais causas que levam pessoas, e em particular idosos, a manter medicamentos em desuso nos seus domicílios e os perigos resultantes de tal conduta.

As perspectivas dos pacientes são essenciais para que se descubra quanto nosso sistema tem realmente contribuído para que a terapêutica seja um instrumento benéfico aos pacientes. Saber o que pessoas sentem e imaginam permite uma relação clínico-paciente mais adequada. É indispensável saber o que os fenômenos da vida significam para os indivíduos, porque os significados têm uma função estruturante, incluindo os cuidados com a própria saúde.

Fica clara, assim, a importância de se entender o fenômeno do armazenamento de medicamentos em domicílios para se poder instruir melhor a população idosa. Os conhecimentos gerados podem se transformar em subsídios para a implantação de programas de atendimento e intervenção adequados à realidade dessa população e da própria sociedade, contribuindo para a qualidade de vida, ou ao menos apontando para tal direção.

A conscientização de empresas farmacêuticas, instituições e profissionais da saúde, além do Estado, na sua responsabilidade diretamente relacionada à redução de custos e aumento da equidade, podem potencializar a eficácia do sistema de saúde no Brasil. Este estudo, portanto, pode também trazer respostas que visem a aperfeiçoar a minimização de desperdícios governamentais e industriais, a partir, por exemplo, da adequação entre posologia e apresentação comercial dos medicamentos, visto que se estará observando *in loco* também este problema.

Outro motivo pelo qual esse trabalho surgiu, foi a necessidade da pesquisadora tentar desenvolver o dom de ouvir mais do que falar, exigido em minha profissão, assim como em outras na área da saúde. Quando me foi sugerida a realização de um trabalho qualitativo, entusiasmei-me com a ideia de que, depois do mestrado, eu teria maior facilidade em captar os problemas que os pacientes traziam até o balcão de minha farmácia. Isso traria maior segurança em minhas ações de automedicação responsável, fenômeno muito habitual na realidade do varejo farmacêutico. Acredito que minha sensibilidade aguçada poderia estar atendendo melhor às necessidades terapêuticas dos pacientes, mas, antes de tudo,

humanizando a profissão farmacêutica, tornando-me um ombro amigo para as pessoas que viessem me procurar. A população idosa é uma dos principais clientes-pacientes das farmácias. Ter sensibilidade para conhecer suas características é primordial para que os idosos não hesitem em dividir suas experiências, apreensões e dúvidas.

O Estudo Panorama da Maturidade, realizado pelo Indicador GFK – Instituto de Pesquisas de Consumo – e assessorado pelo Centro Internacional de Informações para o Envelhecimento Saudável (CIES) foi uma pesquisa de opinião e mercado para conhecer os idosos das regiões metropolitanas do Brasil. Esse estudo demonstrou que 10% do total de gastos dessa população direcionam-se a medicamentos. As empresas precisam se preparar para atender seus clientes idosos mesmo antes que eles cheguem nessa fase de sua vida, difundindo a ideia de que o envelhecimento é um processo e de que podemos ajudá-los a se adaptar, juntando a isso as ideias de adequação de produtos e fidelização.

O presente trabalho visa então a entender os motivos que levam os idosos com doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes a manter medicamentos em suas residências, por meio da compreensão do fenômeno do que representa o medicamento para esses idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Observar o que representa o medicamento para o idoso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Principal

- Identificar o que representa o medicamento para esses idosos, sua compreensão e crença no regime terapêutico desses.

3.2.2 Específicos

- Identificar o número de medicamentos armazenados nos domicílios dos idosos, sua procedência e forma de armazenamento.
- Observar a existência ou não de medicamentos em desuso ou vencidos nesses domicílios, os motivos pelos quais não estão sendo utilizados e, se for o caso, onde são descartados.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 ENVELHECIMENTO

O Brasil vem passando por profundas mudanças na sua dinâmica demográfica com queda drástica nos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade, segundo informações das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs).¹⁵

De acordo com a estimativa do IBGE (2009), 13,5% da população gaúcha são formados por idosos com 60 anos ou mais de idade. Porto Alegre é a segunda capital do Brasil em número de idosos.¹

A esperança de vida aos 60 anos, projetados para 2025 e 2030, será de 21,1 e 21,5 anos, respectivamente.^{16,17} A expectativa média de vida ao nascer, estimada para 2050, será de 81,3 anos, nível já atingido pelo Japão.¹⁸

Dados demonstram que o Brasil desponta como um país cuja população se encontra em rápido processo de envelhecimento, o que tem se refletido na elevação da expectativa de vida. Tal acontecimento é determinado pela diminuição nas taxas de fecundidade e natalidade e pelo aumento da expectativa de vida. As melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia, higiene pessoal e avanço tecnológico, em especial na área da saúde, têm sido responsáveis por elevar o nível de vida e aumentar a longevidade.¹⁹

O envelhecimento de um indivíduo é um processo contínuo que se inicia no período fetal e o acompanha 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, etc.^{20, 21}

Os idosos dependem mais dos serviços de saúde. A prevalência de doenças agudas ou crônicas entre eles é maior que em outras faixas etárias. Cerca de 80% têm ao menos uma doença crônica e requerem cuidados médicos e terapêuticos mais frequentes, utilizando os serviços de saúde em maior escala que as faixas mais jovens.²²

Considerando que o envelhecimento populacional é uma realidade, cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas consequências para os sistemas de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população e cobrando do Estado o cumprimento de seu papel na implantação de políticas públicas direcionadas à saúde da população idosa. Mudanças positivas na vida do idoso também significam investimentos nas áreas de saúde, educação e trabalho para os jovens e adultos de hoje.⁵

Entre os fatores a ser considerados em uma avaliação farmacoeconômica encontram-se os custos diretos, como os custos de aquisição de medicamentos, e os indiretos e intangíveis, como a qualidade de vida.⁵ Aproximadamente, 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos, sendo que mais de um quarto dos medicamentos são prescritos para idosos. Alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos pode contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso. Aproximadamente, 19% das admissões hospitalares entre pacientes idosos se devem a reações adversas a fármacos.²² Esses são alguns dos motivos que tornam imprescindível considerar os hábitos de consumo e a importância dos medicamentos para essa população.⁵

4.2 DOENÇAS CRÔNICAS

4.2.1 Diabetes Mellitus

De acordo com a OMS²³, o Diabetes Mellitus (DM) é uma desordem metabólica com etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, resultando em defeitos na secreção e/ou ação da insulina. As duas principais formas em importância clínica e em prevalência são a DM tipo 1 e DM tipo 2. A primeira é caracterizada pela destruição autoimune das células beta das ilhotas pancreáticas,

determinando deficiência de insulina. É a forma diagnosticada habitualmente na infância e na adolescência. A segunda é a forma mais prevalente em idosos, caracterizada pela resistência periférica à ação da insulina e alterações nos receptores das membranas celulares.²⁴

O número de pessoas com diabetes está aumentando devido ao crescimento da população, o envelhecimento, a urbanização, o aumento da prevalência de obesidade e inatividade física. Globalmente, a prevalência de diabetes é similar em homens e mulheres. Em países em desenvolvimento a maior prevalência do diabetes se encontra na faixa etária entre 45 e 64 anos; já nos desenvolvidos, na de 65 anos ou mais. Estima-se que, no ano de 2030, essa faixa etária corresponderá a mais de 82 milhões de pessoas nos países em desenvolvimento e mais de 48 milhões nos desenvolvidos. Os dez países que terão maior prevalência de diabetes são, por ordem, Índia, China, EUA, Indonésia, Japão, Paquistão, Rússia, Brasil, Itália e Bangladesh.²⁵

Essa doença é um problema relevante para a população idosa devido à elevada frequência de ocorrência e às complicações macro (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) que acarreta. Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida entre os idosos, além de determinar aumento de consumo de recursos em saúde e mortalidade.²⁶

4.2.2 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.²⁷

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os

gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante às de outros países. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, perfazendo 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.²⁷

A hipertensão tem um papel etiológico no desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, doença isquêmica cardíaca, falência renal e cardíaca. O tratamento da hipertensão tem sido associado com redução de 40% no risco de fumantes e cerca de 15% no risco de infarto agudo do miocárdio.²⁸ Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.²⁷

Doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por um terço das mortes globais. Fatores de risco relacionados ao estilo de vida, como dieta não saudável, inatividade física, uso de tabaco, bem como manifestações intermediárias a este estilo, hipertensão, intolerância à glicose e hiperlipidemia compreendem algumas das causas para o agravamento das DCV.²⁸ As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Por exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,3. A doença renal terminal, outra condição frequentemente associada à HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programas de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007.²⁷

A HAS, presente em 60% dos idosos, encontra-se frequentemente associada a outras doenças altamente prevalentes nesta faixa etária, como arteriosclerose e DM, conferindo a essa população alto risco de morbimortalidade cardiovascular e exigindo; portanto, a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica.²⁹

4.3 AUTOMEDICAÇÃO

Várias definições são encontradas na literatura para este fenômeno. A automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa do doente ou seu responsável em obter ou produzir e utilizar uma substância que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças e alívio de sintomas. Pode também ser definida como uso de medicamentos que não tenham sido prescritos por um profissional da saúde licenciado.^{8, 30} Há os que acrescentam a essa definição alguma alteração na dose de um medicamento prescrito feita pelo paciente. Outros ainda incluem o uso de um medicamento que foi prescrito pelo médico por pressão do paciente.³⁰ Trata-se de uma forma importante de cuidado pessoal, e evidências mostram que é a forma mais comum de resposta a sintomas.⁸ Avaliar os níveis de automedicação entre os estudos é uma tarefa difícil, já que não existe um padrão em sua definição.

Segundo Albarran,⁹ a OMS enfatiza a importância da automedicação, afirmando que esta deveria ocupar um local de destaque nas sociedades desenvolvidas. A OMS sublinha ainda a necessidade de se instruir a população e incluir o assunto na educação sanitária. Neste sentido a automedicação adquiriu um reconhecimento em um contexto atualmente chamado “automedicação responsável”, definida como o uso de medicamentos que não exigem prescrição de uma forma instruída, de maneira a evitar uma série de riscos potenciais para a saúde e obter benefícios em termos de cura ou alívio de doenças tanto quanto é possível.^{9, 30}

4.4 POLIFARMÁCIA

A definição de polifarmácia é ainda um assunto controverso. Porém, ela poderia ser definida como o uso de um medicamento correto para um efeito adverso causado por outro medicamento ou o aumento no número de medicamentos, considerando cinco ou mais associações^{3,4,10,31}. Medicamentos tópicos, fitoterápicos, vitaminas e minerais, normalmente, não estão incluídos nesta definição tradicional. A

duração da terapia tem sido outro critério para definir a polifarmácia. Veehof et al.³² sugeriram um período de 60 dias, mas esse critério ainda não está validado.

Os fatores mais frequentemente associados à elevada utilização de medicamentos na terceira idade são o sexo feminino, a idade elevada, viver sem companheiro, ser residente de instituição de longa permanência de idosos, hospitalização, consultas a diferentes prescritores, automedicação, doenças crônico-degenerativas, uso de medicamentos para tratamento de reações adversas, erros de administração, interrupção do tratamento, gastos em saúde, baixa percepção de saúde e qualidade de vida e medicamentos com menor tempo de comercialização.^{3,5} Outro estudo apontou ainda o fato de o paciente ter tido pelo menos uma consulta no último ano.³ A polifarmácia seria influenciada também pelo conflito de informações fornecidas por diferentes tipos de médicos.³²

O estudo de Haider³¹ trouxe importantes informações sobre o nível educacional e a automedicação. Segundo esse estudo, mulheres com baixos níveis educacionais são mais propensas ao uso inapropriado de drogas do que homens do mesmo nível educacional e mulheres com nível educacional mais elevado. Além disso, também foi constatada uma correlação entre o baixo nível educacional e o uso de três ou mais medicamentos psicotrópicos e interações medicamentosas. O favorecimento do uso de terapias inadequadas e polifarmácia estão ligados à renda reduzida. As condições socioeconômicas influenciam o tipo de tratamento prescrito por médicos, sendo que para aqueles com altos níveis são prescritos medicamentos novos e mais caros. No entanto, o estudo sugere que isso não se deve somente à escolha médica, mas também à maior familiaridade que esse tipo de paciente tem com os medicamentos, resultando em uma comunicação mais ativa com o médico, o que influencia na prescrição.³¹

Os idosos têm um risco particular a prescrições inapropriadas. Devido à alta incidência de doenças crônicas nesta população, a polifarmácia é bastante prevalente. As mudanças fisiológicas farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas à polifarmácia aumentam em 2-3 vezes o risco de efeitos adversos. Algumas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, falência renal e doenças associadas a dor, mostraram uma correlação significativa com a polifarmácia. Outros autores a associaram com falência cardíaca, demência e doenças cerebrovasculares. Além de serem muito prevalentes nessa população, essas doenças requerem o uso de muitos medicamentos para serem tratadas. De

acordo com um guia padrão, pacientes com HAS, DM, insuficiência cardíaca e fibrilação arterial necessitam de no mínimo seis medicamentos diferentes.¹⁰

4.5 PROJETO PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL (PIRSAM)

O guia A Cidade Amiga Do Idoso, desenvolvido por Kalache e Plouffe³³, da Organização Mundial de Saúde (OMS), relatou questões e preocupações expressas por cerca de 1500 idosos e 750 cuidadores residentes em 33 cidades em todas as regiões do mundo, com o objetivo de adequar as cidades às características do idoso. O guia conta com oito domínios da vida urbana: espaços ao ar livre e edifícios; transporte; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio da comunidade e serviços de saúde, em uma abordagem qualitativa usando grupos focais.⁴

Diante das características amigáveis ao idoso, levantadas no guia A Cidade Amiga do Idoso, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul criou o projeto Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: uma abordagem multidimensional (PIRSAM). Para ajudar esse projeto, em parceria com a Escola de Saúde Pública do estado do Rio Grande do Sul, busca-se quantificar a importância dada pelos idosos às preocupações levantadas no estudo da OMS. Utilizando uma experiência prévia do Instituto de Geriatria e Gerontologia com os projetos “Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas condições de vida” (RSEMCV) realizado em parceria com o Conselho Estadual do Idoso e diversas universidades no Rio Grande do Sul, em 1995, e “Idosos de Porto Alegre: Estudo Multidimensional de suas condições de vida” em 2006, foi elaborado um questionário que aborda tanto as características de dependência e clínicas dos idosos, como também a interação dos idosos com a sociedade e o meio onde vivem, buscando assim, descrever e verificar a adequação do meio em que os idosos vivem às mudanças relacionadas ao envelhecimento.

O PIRSAM (número de registro no CEP 09/04931) é um estudo populacional com o objetivo de conhecer o perfil multidimensional das condições de vida e de saúde das pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes no Rio Grande do Sul.

Seu campo de pesquisa são áreas urbanas e rurais de municípios do RS. Trata-se de um estudo analítico e descritivo, com corte transversal em uma amostra de base populacional, domiciliar, com coleta de dados primários. O instrumento do PIRSAM é composto por 72 questões fechadas com escolha simples ou múltipla, agrupadas em blocos temáticos.

O instrumento foi estruturado em 11 blocos, destacados no Quadro 1.

BLOCO	ASSUNTO
DGI	Dados Gerais do Idoso
CIA	Características do Idoso e seu Ambiente
REN	Renda
SAL	Saúde
SCL	Participação Social, Cívica e Laboral
RIS	Respeito e Inclusão Social
SEX	Sexualidade
COI	Comunicação e Informação
SCS	Suporte Comunitário e Serviços de Saúde
COF	Composição Familiar
OCU	Ocupação

Quadro 1. Assuntos do instrumento de pesquisa dividido em blocos

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, são apresentadas as trajetórias metodológicas para a construção desta pesquisa e para a análise dos dados obtidos através da aplicação do método observacional não-participativo proposto por Pope e Mays³⁷, em suas várias etapas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Considerando que a intenção central do estudo proposto é compreender o significado dos medicamentos no contexto de vida dos idosos, optou-se por uma metodologia de natureza qualitativa.

A metodologia clínico-qualitativa é um particular refinamento da metodologia qualitativa genérica originada nas ciências humanas e possui a seguinte definição:

É o estudo teórico - e seu uso correspondente em investigação - de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e os significados atribuídos a fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos, sejam pacientes ou qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde (parentes, membros da equipe profissional e da comunidade).^{14:814}

Não há como deixar de reconhecer a importância de fatores culturais, sociais, econômicos e políticos nesse processo. Daí a importância cada vez maior atribuída à pesquisa desenvolvida no âmbito das chamadas ciências sociais da saúde, como Sociologia da Saúde, Antropologia da Saúde, Psicologia da Saúde, Economia da Saúde e Epidemiologia Social. Nota-se mesmo uma progressiva transição do modelo biomédico para o modelo social de saúde, que é coerente com a definição que aparece no Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde: saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.³⁴

Esse tipo de metodologia privilegia, de modo geral, a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais.

Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades sociais investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador. Nesse caso, a preocupação básica do cientista social é a estreita aproximação dos dados, de fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la.³⁵

A pesquisa qualitativa utiliza a observação sistemática e detalhada de comportamentos e falas. A observação qualitativa normalmente aspira ser naturalista pelo fato de estudar as pessoas *in situ* com a menor interferência possível do pesquisador – na medida do possível e ético. Frequentemente os estudos observacionais são encarados como sinônimo de etnografia, uma abordagem de pesquisa derivada das técnicas utilizadas por antropólogos para estudar sociedades em pequena escala e culturas diferentes. Nos anos de 1920, os pesquisadores conectados à chamada escola de Chicago de sociologia começaram a usar métodos etnográficos para estudar o ambiente urbano com o qual estavam familiarizados e a observar sistematicamente a vida de grupos sociais diferentes, frequentemente marginalizados ou desviantes.³⁵ Os primeiros exemplos do uso de métodos observacionais na pesquisa em saúde incluem o estudo pioneiro de Roth em um sanatório de tuberculose, no qual ele desenvolveu o conceito de “carreira do paciente”. No Reino Unido houve diversos estudos observacionais de Serviços de Urgência/Emergência Dingwall e Murray³⁶ desenvolveram e ampliaram esse modelo usando observação e entrevistas para examinar como as crianças eram atendidas nos prontos-socorros.

Contudo, a presença de um observador, particularmente em ambientes mais privados, pode estimular modificações em comportamentos ou atos – chamado efeito Hawthorne, embora esse efeito pareça diminuir com o tempo. Aqueles que são observados também podem começar a refletir sobre suas atividades e questionar o observador sobre o que estão fazendo. O impacto do observador no ambiente pode ser minimizado, em alguns casos, pela participação nas atividades ao observá-las. Tal pesquisa com frequência resulta em uma negociação continuada e informal de acesso e consentimento, embora isso possa não ser prático em todos os ambientes.³⁷ Por esse motivo a pesquisadora optou por realizar a entrevista no ambiente domiciliar do participante.

5.2 UNIVERSO E PARTICIPANTES

Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, entende-se e concorda-se com Duarte^{38:141} em que a:

[...] definição de critérios segundo os quais serão selecionados os indivíduos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais foi possível construir a análise mais ampla do problema delimitado.

Com essa preocupação e partindo do cenário, já caracterizado, da coleta dos dados e dos objetivos que nortearam a pesquisa, foram escolhidos para o estudo os idosos diabéticos e hipertensos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes em domicílios do município de Dois Irmãos – RS, primeiro município do estudo populacional “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul: uma abordagem multidimensional (PIRSAM)”.

Portanto, delimitaram-se os indivíduos da pesquisa a partir de uma amostra de conveniência onde foram selecionados inicialmente aqueles indivíduos que tinham indicado que tomavam medicamentos somente para diabetes e/ou hipertensão.

Concordando com Flick³⁹, a pesquisa estava interessada em pessoas realmente envolvidas que tinham experiência com a questão em estudo. Buscaram-se casos fundamentais em função da experiência e do conhecimento, em virtude de serem indivíduos usuários de medicamentos e com doenças crônicas pertinentes ao estudo, facilitando a observação da prática que se quer estudar. Assim a amostra foi representativa para ilustrar a relevância do fenômeno que se pretendia estudar em termos da experiência e do envolvimento dos participantes da pesquisa com o fenômeno, no caso, o uso de medicamentos.

Inicialmente, buscaram-se através do EpilInfo questionários que tinham sido preenchidos somente pelo participante que tivesse respondido corretamente a Avaliação Cognitiva (Apêndice E). Além disso, consideram-se as respostas das questões de escolaridade (mínimo primário incompleto), e doenças referidas diabetes e hipertensão (Apêndice E).

Seguindo os pressupostos de Gaskell e Bauer⁴⁰, o número de participantes entrevistados não foi definido previamente, pois o corpus da pesquisa definiu-se pela evidência de saturação. Enquanto se percebesse que surgiam dados originais e pistas relevantes que pudessem indicar novas perspectivas à investigação, as entrevistas continuaram sendo realizadas.

Os critérios de inclusão foram:

- Idade \geq 60 anos;
- Residentes em domicílios de Dois Irmãos;
- Pacientes diabéticos e hipertensos;
- Tempo livre de pelo menos 1h para entrevista;
- Condições intelectuais e emocionais dos pacientes;

Os critérios de exclusão foram:

- Não aceitar participar do estudo
- Idosos com declínio cognitivo;
- Pacientes com as seguintes doenças sintomáticas: artrose, infecções respiratórias ou urinárias, problemas intestinais;
- Pacientes com as seguintes doenças: câncer exceto pele (recente <5a), esclerose múltipla, doença de Parkinson, derrame cerebral (recente <1a ou sequelado), demências, outro tipo de tremor;
- Idosos não alfabetizados ou alfabetizados (não fizeram nem a 1ª série).
- Paciente não ter tempo livre de pelo menos 1hora para entrevista.

Dos 86 questionários, do estudo PIRSAM feito em Dois Irmãos, 26 atenderam aos critérios de seleção dos indivíduos. Entrei em contato com 19 indivíduos. Destes, dois não atenderam ao telefone, outros três não quiseram participar do estudo, um foi excluído por falar somente alemão, outro havia tido um acidente vascular encefálico recente. Foram realizadas entrevistas com 12 indivíduos; somente 8 foram transcritas, pois um dos entrevistados não estava usando medicamentos de uso contínuo, outro teve seu escore de Mini-mental menor que 24, um terceiro tinha outros problemas de saúde que podiam interferir na análise e o

quarto teve sua entrevista perdida, devido a problemas com o gravador. Informações sobre os entrevistados são apresentadas no Quadro 2.

Entrevistado	Codinome	Sexo	Estado civil	Idade	Mini-Mental	Escolaridade
1	AWPC82	Feminino	Viúva	82	30	Primário completo
2	VWGI75	Feminino	Viúva	75	29	Ginasial incompleto
3	ERPC63	Feminino	Casada	63	29	Primário completo
4	FAPI76	Feminino	Viúva	76	26	Primário incompleto
5	LKCO64	Feminino	Solteira	64	30	Complementar
6	AFPC82	Masculino	Viúvo	81	24	Primário completo
7	MLPI62	Feminino	Separada	62	25	Primário incompleto
8	VSPI61	Masculino	mora com companheira	61	24	Primário incompleto

Quadro 2. Características dos entrevistados na pesquisa.

5.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2010, sendo realizada somente uma entrevista por dia. As entrevistas tiveram em média uma duração de 40 minutos.

A técnica utilizada foi a de observação sistemática através de entrevista semiestruturada. Esse tipo de entrevista envolve um roteiro pré-estabelecido (Apêndice B), com questões elaboradas especificamente para o estudo, que possibilitam esclarecimentos sobre o tema em investigação e a relação que o entrevistado estabelece com o mundo vivido, atribuindo-lhe sentido, significado, interligações, concepções, sensações e sentimentos que se expressam por meio do discurso.^{41, 42}

A pesquisa observacional baseia-se na atuação do pesquisador como instrumento da pesquisa e na documentação do mundo como ele observa. Isso exige não apenas uma boa capacidade de observação, mas também boa memória e um registro claro e sistemático. Recordar eventos e conversas é essencial, e é uma capacidade que exige prática.³⁷

Este tipo de pesquisa torna possível que o pesquisador retome pontos já abordados pelo entrevistado, caso não tenham sido claramente expressos – fato que caracteriza uma alternância de diretividade. Quando um ponto foi adequadamente abordado, o entrevistador introduz então outros tópicos, em concordância com o que fora incluído no projeto de pesquisa. O pesquisador verifica quais tópicos ainda não foram abordados e os propõe de uma maneira neutra e aberta.¹⁴

5.3.1 Entrevistas de aculturação

A fim de garantir maior validade ao estudo, foram realizadas entrevistas de aculturação com o objetivo de familiarizar o pesquisador com um *setting* específico envolvendo entrevistador/entrevistado. As entrevistas de aculturação das investigações qualitativas correspondem, metodologicamente, às clássicas entrevistas-piloto das pesquisas quantitativas.¹⁴

Foram realizadas duas entrevistas com sujeitos de pesquisa com características diferentes em termos de gênero e escolaridade para descobrir se o roteiro de entrevista (Apêndice B) foi adequada para os entrevistados e se ele realmente cobriu os diferentes aspectos dos objetivos do estudo. Nenhuma alteração do roteiro de entrevista foi necessária como resultado das entrevistas de aculturação.

5.3.2 Início do processo

O processo iniciou-se através de contato por telefone, ocasião em que era apresentada a proposta e objetivos do estudo, bem como foram apresentados os esclarecimentos que se fizeram necessários conforme consta no diário de campo (Apêndice C). No caso de aceite do idoso, se marcava a visita.

5.3.3 No domicílio do idoso

Em seu domicílio, os idosos entrevistados receberam explicações e foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (de acordo com Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos). Permitiu-se a presença de parentes, cuidadores ou cônjuges durante as entrevistas.

Antes de iniciar-se a entrevista, se aplicava o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Apêndice F). Utilizaram-se as modificações sugeridas por Lourenço e Veras⁴³, visto que esse autor buscou uma adaptação do teste para avaliar o impacto da escolaridade no ponto de corte de diagnóstico do distúrbio cognitivo. Ele sugeriu dois pontos de corte com base na escolaridade: analfabetos - 18/19; com histórico escolar prévio - 24/25.

As informações obtidas nos encontros foram anotadas e gravadas em MP3, tendo em vista sua posterior análise e interpretação. Foram anotados, também, os múltiplos elementos não-verbais do informante, tais como apresentação pessoal, comportamento global, mudanças na postura corporal, gesticulações, mímica facial, riso, sorriso, choro e muitos outros. Tais dados foram registrados devido à importância das informações adicionais providas pela comunicação paraverbal e não-verbal à interpretação do entrevistador/observador para confirmar, complementar ou refutar o que foi falado acerca de pontos do tema tratado ou de assuntos gerais. O que uma pessoa não pode trazer como informação explícita, ela seria capaz de expressar, ou deixar emergir, através de outras manifestações, tais como o comportamento global ou a linguagem não-verbal, expondo um lado de sua história em graus variáveis de convergência.¹⁴

Além disso, a pesquisadora pediu aos indivíduos entrevistados permissão para ir ao local onde eles armazenam os medicamentos para realizar a identificação dos mesmos, observar sua utilização, validade, forma de acondicionamento e suas indicações. A pesquisadora indagou sobre a maneira como os indivíduos realizavam o descarte dos mesmos em caso de vencimento. Se a permissão não era concedida, o pesquisador revisava com o paciente os nomes e indicações de todos os medicamentos, onde são armazenados, como são utilizados e se o paciente

costumava observar a validade dos medicamentos que possui em casa e a forma como realiza o descarte dos mesmos em caso de vencimento.

5.3.4 Após término da entrevista

Foram também utilizadas notas de campo no diário de campo (Apêndice C). Estas se referiram aos registros de situações observadas e de reflexões que a pesquisadora realizou logo após o término dos encontros. As anotações de campo fornecem um registro por escrito da observação, mas são apenas o material bruto da pesquisa e não fornecem, por si só, explicações. O pesquisador deve filtrar, decodificar e atribuir um sentido aos dados para torná-los significativos. Esse processo analítico é entrelaçado com a coleta de dados e a redação, quando o pesquisador está constantemente sobre o que observou. As categorias emergentes ou as hipóteses, tentativas, sobre os dados podem ser testadas durante o trabalho de campo; mais casos ou exemplos ou contradições podem ser buscados.³⁷

5.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados coletados junto aos sujeitos de pesquisa foi feita por meio de análise temática, uma das mais utilizadas na pesquisa em atenção à saúde. Nesse tipo de análise o pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos no estudo para ter certeza de que todas as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas.³⁷

A codificação e categorização temáticas seguiram os pressupostos de Gibbs⁴⁴ que envolvem a identificação e o registro de passagens dos textos das transcrições como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a ideia do fenômeno. As passagens serão relacionadas com um nome para a ideia, ou seja, um código. Assim, todo o texto que se refere à mesma coisa ou exemplifica a

mesma coisa é codificado com o mesmo nome. Essa codificação servirá para categorizar o texto e estabelecer uma estrutura de ideias temáticas.⁴⁴

Foram realizadas transcrições na íntegra, buscando refletir acuradamente as palavras dos entrevistados e do entrevistador, sem considerar ecos ou interjeições, que poderiam ter um efeito negativo de dificultar a leitura, particularmente quando são numerosos. As transcrições duravam, em média, de 4 a 6 horas.

A abordagem utilizada para codificação foi a teoria fundamentada, cujo foco principal está em gerar de forma indutiva ideias teóricas novas ou hipóteses a partir dos dados, em vez de testar hipóteses de antemão.⁴⁴

A codificação seguiu as etapas propostas Straus e Corbin⁴⁵:

1. codificação aberta, na qual o texto é lido de forma reflexiva para identificar categorias relevantes;
2. categorização axial, em que as categorias são refinadas, desenvolvidas e relacionadas ou interconectadas;
3. codificação seletiva, na qual a categoria fundamental, que faz com que todas as outras categorias na teoria se conectem em uma história, é identificada e relacionada às outras.

Criaram-se arquivos para cada uma das questões do roteiro de entrevista, a fim de reunir todos os códigos relacionados àquela questão em um mesmo lugar. Realizou-se uma leitura intensa de cada uma das entrevistas a fim de codificar as transcrições. Marcaram-se palavras ou termos fundamentais nos textos com cores diferentes para cada código. Anotou-se a definição do código, descrevendo a ideia analítica a que ele se refere, assim como alguma percepção da pesquisadora de possíveis relações que ele tenha com os outros códigos. Como se estava usando um processador de textos, foram feitas cópias das partes de transcrições de cada sujeito e colagem nos arquivos de cada questão. Nesses arquivos cada parte colada era identificada com o codinome do sujeito da pesquisa. Essas análises estão disponíveis no Apêndice D.

5.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Na última década as metodologias qualitativas vêm sendo cada vez mais utilizadas. No entanto, muitos pesquisadores questionam seus achados e sua confiabilidade. A seguir, descrevem-se critérios de qualidade que foram levados em consideração neste estudo e contribuem para a confiabilidade e relevância da pesquisa qualitativa.

5.5.1 Triangulação

A triangulação envolve a análise do objeto de estudo sob as perspectivas de usuários e não usuários e estudos teóricos. Esta análise leva o pesquisador a descobrir inconsistências e contradições, que o conduzem a refletir sobre o tema. Tais inconsistências podem ter se originado em problemas metodológicos na realização das pesquisas, mas evidenciam, também, que os fenômenos estudados podem ser vistos de diferentes formas, sob diferentes ângulos, de acordo com as relações dos sujeitos com o mundo. A reflexividade implica que “antes e depois do acontecimento, o pesquisador não é mais a mesma pessoa.”⁴⁷

5.5.2 Transparência e clareza nos procedimentos

A função central da documentação é possibilitar que outros pesquisadores reproduzam o que já foi feito, a fim de testá-lo.⁴⁵ Deve ser feito de tal forma que os leitores possam julgar as evidências das quais foram retiradas as conclusões.⁴⁷

5.5.3 A construção do corpus - indicador de confiabilidade e relevância

O importante na construção do corpus é que a evidência de saturação determina o tamanho da amostra. É um processo iterativo, onde camadas adicionais de pessoas ou textos são adicionadas à análise até que dados posteriores não tragam novas observações.⁴⁵

5.5.4 Descrição detalhada - indicador de confiabilidade e relevância

Usam-se registros literais das fontes, pois estes são a referência da origem da afirmação. O registro indica para o leitor informações a respeito do local, da linguagem, do mundo e da vida dos entrevistados. O que deve ser evitado é a prática de seleção e edição de pequenos extratos significativos com a finalidade de legitimar os preconceitos do pesquisador.⁴⁵

5.5.5 Reflexibilidade

É a sensibilidade a partir da qual os dados coletados são formatados pelo pesquisador e pelo processo de pesquisa. O diário de campo deve servir para registrar as reações aos eventos que ocorrem durante a pesquisa. Os efeitos das características pessoais, como o status profissional, sobre os dados coletados e a distância entre o pesquisador e os pesquisados precisam ser discutidos.⁴⁶

Outras técnicas que tentamos atender a fim de que pudéssemos maximizar a validade deste instrumento, por facilitar a expressão da subjetividade dos entrevistados, foram observados os seguintes aspectos: garantia do anonimato; conforto físico durante a entrevista; disponibilidade da dupla para estender, se necessário, o tempo previsto do procedimento; *setting* familiar da entrevista para o entrevistado (sua casa); relação de confiança entre entrevistador e entrevistado; mesmo espaço físico para todas as entrevistas e somente um entrevistador para a

amostra inteira (restringindo as variações das entrevistas às variações dos entrevistados); competência sociocultural do entrevistador frente ao entrevistado.¹⁴

5.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, conforme consta no Apêndice G.

Foram seguidos os referenciais básicos da bioética, de acordo com Goldim⁴⁸, no que diz respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar com isso os direitos e deveres do pesquisador e dos indivíduos pesquisados. Além desses procedimentos, foi garantida a confidencialidade e o anonimato, evitando a identificação dos indivíduos por meio dos dados coletados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi emitido em duas vias, uma era entregue ao entrevistado, e a outra permanecia com a pesquisadora.

6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentadas a descrição e análise dos dados, compreendendo seu agrupamento e categorização temática.

6.1 COMPREENSÃO DA TERAPIA

Este tema foi introduzido com a seguinte pergunta:

Para que servem os medicamentos que o Sr(a). usa?

Antes de introduzir o assunto de compreensão da terapia é importante salientar que foi considerada compreensão total da terapia quando os entrevistados mencionavam o nome, a dose e a posologia de todos os seus medicamentos. Quando o pesquisador perguntou aos entrevistados sobre a sua terapia, um deles não tinha conhecimento de sua terapia, o que ficou evidente na seguinte declaração: *“Esse é pra, como é que é, sabe... diabetes! Esse, não sei como se chama esse”* (E6) No momento dessa declaração, o paciente estava revisando sua terapia junto aos comprimidos, já que, inicialmente, o pesquisador não obteve sucesso, simplesmente solicitando a informação.

Este entrevistado tinha uma cuidadora, a filha, que era responsável pelo manejo de sua terapia. Um estudo de Lau DT, Briesacher BA, Mercaldo ND, et. al. (2008) demonstrou que pacientes que recebem assistência familiar no manejo de sua terapia frequentemente perdem a compreensão de alguns de seu tratamentos⁴⁹. No caso deste entrevistado ele fazia tratamento para distúrbio prostático e imaginava que aquele medicamento (Mesilato de doxazosina) era para diabetes. Outro entrevistado, por sua vez, demonstrava total conhecimento sobre seu regime terapêutico, o que ficou claro através das seguintes afirmações: *“Pra pressão... micardis.”; “1 pela manhã depois do café ele mandou tomá”; “É de 80mg!!!!”* (E1)

Seis entrevistados mostraram compreensão parcial de sua terapia, como se pode observar nas seguintes falas:

“Eu tenho outroooo o, mas esse eu tomo uma vez por semana (era natrilix)... água no corpo” (E2)

“Na cozinha tu quer....dar uma olhadinha?”; “Do quarto eu sei te dizer... lexotam 3mg... pra dormir, realmente pra acalmar os nervos e não subir a pressão”; “Omeprazol, pro estômago”; “Tomo alendronato 70mg” (E3)

“cardizem, captopril, sinvastatina...”; “pros nervostomo bromazepam de noite...” (E4)

“Redoxon zinco em jejum ...só que eu não vou saber dizer o que que é...”; “Outro que eu não me lembro, preciso ver a receita, tem que ver aonde que eu deixei.” (E5)

“Pra diabetes, pressão alta, praaa.... soltar a água ... pro estômago...” (E7)

“É um é pra pressão alta, outro... é pra cabeça, né?”; “E o outro é pra... pra urinar, não me lembro o nome agora...” (E8)

O pouco conhecimento dos idosos de suas terapias também tem trazido dados importantes. Um estudo demonstrou que somente 60% dos idosos sabiam qual a indicação de sua terapia e apenas 6% tinham conhecimento sobre os efeitos adversos, riscos potenciais e interações de seus medicamentos. Outro evidenciou que 71% de seus participantes tinham conhecimentos sobre a indicação de pelo menos 75% de suas medicamentos e mostrou também que pacientes que faziam uso de mais de cinco medicamentos tinham menos conhecimentos de seus remédios.⁵⁰ Já em um estudo na Nova Zelândia, 79-87% dos idosos responderam corretamente quando questionados sobre indicação, modo de ação e dose de sua terapia.⁵¹ No estudo de Kerzmann⁵² os pacientes desejavam ter maiores informações sobre sua medicação. No entanto, de acordo com Granas e Bates⁵³, pacientes idosos mostram menos interesse em saber sobre seus medicamentos e doenças quando comparados a pacientes jovens.

A polifarmácia e o uso inadequado de medicamentos são outros fenômenos que geram muitas preocupações na população idosa. Esses pacientes apresentam maiores riscos de desenvolver reações adversas aos medicamentos, interações medicamentosas, hospitalizações, baixa qualidade de vida e até morte.³¹

Neste estudo, identificar o número de medicamentos que cada um dos entrevistados usava foi importante para observar a presença do fenômeno de polifarmácia (cinco medicamentos ou mais) neste universo. Observou-se este fenômeno em seis entrevistados, conforme tabela abaixo:

Em uso contínuo									
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Média	DP
1	6	8	7	7	6	5	3	5,4	2,3
Farmácia Caseira									
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Média	DP
9	6	16	36	1	8	10	14	12,5	10,6

Tabela 1. Identificação do número de medicamentos encontrados nos domicílios

No Brasil, Passarelli et al.⁵⁴ reportaram que a média de medicamentos entre pacientes internados ficou entre 9,9 e 13,6. Já em pacientes de ambulatórios, essa média ficou em torno de 1,3 a 2,3 medicamentos/paciente. Um estudo brasileiro que investigou 45 idosos constatou a polifarmácia em 33,3% da população. Agentes anti-hipertensivos eram os medicamentos mais comumente usados, contabilizando 53% das prescrições.⁵⁵ Medeiros⁴ citou estudos que indicaram 32% de prevalência de medicamentos cardiovasculares entre pacientes acamados e hospitalizados.

O estudo prospectivo de Veehof et al.³² acompanhou 1544 idosos por 3 anos e identificou 42% de polifarmácia. A incidência de hipertensão arterial e fibrilação atrial foram associadas a este alto percentual de polifarmácia.

No estudo de Schenkel et al.⁵⁶, de um total de 101 entrevistas realizadas, em apenas três residências os moradores não apresentaram nenhum medicamento em estoque, ou seja, em 98 domicílios (97%) foi encontrado pelo menos um medicamento. O número de medicamentos estocados por residência variou de uma até 89 unidades, com média de 20 e mediana de 18,5 unidades. Dos 2023 medicamentos identificados, 95% eram especialidades farmacêuticas, 3% eram produtos farmacopeicos (produtos oficiais), 2% eram produtos magistrais. É provável que o número expressivo de medicamentos encontrados se deva à metodologia utilizada para a verificação dos locais de estoque. No primeiro momento, o entrevistador solicitava ao entrevistado que mostrasse onde na casa se encontravam os medicamentos guardados. O entrevistador anotava local por local e só então pedia para ver os medicamentos presentes em cada um dos locais averiguados anteriormente. Tal sistemática evitava que se omitissem locais de guarda a fim de abreviar o tempo da entrevista.⁵⁶

6.2 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

Este tema foi introduzido com a seguinte pergunta:

Como e onde o Sr(a). guarda seus medicamentos?

Nesta análise, separamos os entrevistados em dois grupos: o grupo da observação direta das condições de armazenamento, em que a pesquisadora observou o local e as condições de armazenamento; e o grupo de observações baseadas no relato dos entrevistados. No último grupo, dois entrevistados (E5 e E7), levaram à pesquisadora a caixa de medicamentos.

Grande parte da população brasileira possui medicamentos em sua residência, acumulando-os de forma a constituir o que se pode denominar farmácia caseira (um estoque domiciliar de medicamentos). É importante que a farmácia caseira possa garantir a preservação da qualidade dos medicamentos, através do adequado armazenamento destes.

Os locais que os entrevistados desta pesquisa armazenam seus medicamentos incluem a cozinha e o quarto. Assim como no estudo de Garey et al.⁶¹, a cozinha foi o local onde foi encontrado o maior número de medicamentos. Como apontado pelos autores, isso se deve possivelmente à acessibilidade do local, à presença de líquidos que podem ser ingeridos conjuntamente com o medicamento e de utensílios domésticos como colheres para medida de líquidos e suspensões.

Para alguns, como os entrevistados 1 e 3, o local onde seus medicamentos estão guardados está extremamente ligado com a facilidade de acesso para que eles tenham uma boa adesão ao tratamento o que está explícito nas suas falas:

“Tá bem guardadinho como meu médico mandou, porque às vezes eu esqueço. Eu tenho uma caixinha que o médico me deu.” (E1)

“Na cozinha e no quarto, uns que eu tomo lá e outros que eu tomo cá.” (E3)

A declaração *“em cima da geladeira”* (E4) mostra que o entrevistado desconhece que pode haver alterações físico-químicas nos medicamentos quando armazenados em local com umidade. Assim como observado no estudo de Garey et al.⁶¹, os locais preferidos para a guarda dos produtos observados neste estudo foram o armário da pia, a gaveta desse armário e sobre eletrodomésticos como

geladeira e forno de microondas foram os locais preferidos para a guarda dos produtos.⁵⁵

Em nosso estudo, assim como no de Lima et al.⁷, na maioria dos domicílios os medicamentos foram encontrados acondicionados em locais limpos e com pouca incidência de umidade e luz. Entretanto, também foram notados alguns medicamentos fracionados, sem data de validade e fora de suas embalagens originais, contrariando a Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária 802/98.⁵⁷ Esse fato ocorreu naqueles domicílios que recebiam medicamentos no posto de saúde do seu bairro. Concordamos com Lima et al.⁷ em que essa é uma prática que pode ser questionada, uma vez que o próprio SUS acaba contribuindo para um acondicionamento inadequado dos fármacos ao distribuí-los sem bula e embalagem. Esse fato demonstra que deve ser criada alguma alternativa junto aos órgãos competentes para orientação na dispensação desses medicamentos fracionados distribuídos nos postos de saúde. Medida necessária com a justificativa de que o medicamento fora de sua embalagem original tem estabilidade reduzida e muitas vezes o blister pode não conter informações como validade devido ao fracionamento.

Esses fatores se mostraram mais evidentes quando o pesquisador fez suas observações no domicílio da entrevistada (E7) que recebia todos os seus medicamentos na unidade de saúde. Neste domicílio notou-se a presença de um número expressivo de blisters vencidos, sendo que muitos deles eram de medicamentos que o entrevistado estava utilizando. Muitos blisters estavam cortados, em virtude da unidade de saúde atentar somente à quantidade que a paciente utilizava por mês. No entanto, esse procedimento, além de irregular, não se mostrou efetivo, visto que a paciente mantinha um estoque considerável de seus medicamentos. Notou-se que a paciente estava tomando medicamentos vencidos, visto que seu critério de seleção na hora da ingestão era simplesmente a cor do medicamento. Quando a pesquisadora observava quais os medicamentos a paciente tinha em sua caixa, a entrevistada comentou:

“Pode até ter de data vencida, não sei, tem que olhar” (E7)

“Eu olho, mas não enxergo por causa dos óculos, né, fica meio apagado...” (E7)

“Como aqui, ó, não dá pra ver direito” (referindo-se a um blister que ela tinha na mão). (E7)

No estudo de Schenkel, Fernándes e Mengue⁵⁶, observou-se um número significativo (17%) de produtos sem a data de validade ou com data não mais legível. Em outros estudos também tem sido apontado o elevado número de produto sem possibilidade de identificação da data de validade. Solari e colaboradores encontraram 47% de medicamentos sem data de validade impressa.⁵⁸ Arroyo descobriu uma frequência menor (22%).⁵⁹

Neste momento, dois entrevistados levantaram outra questão importante: a preocupação com possíveis intoxicações medicamentosas, no caso da presença de crianças em seus domicílios. Isso se tornou evidente nos seguintes discursos:

“Agora eu cuido, quando vêm crianças eu tiro a caixa” (E5)

“Ponho no meu quarto, fecho no quarto, porque pode... imagina abre ali e tomam.” (E5)

“Eu me preocupo quando tem criança...” (E4)

“Ah, levanta, levanta pro alto quando vem criança” (E4)

No estudo de Lima et al.⁷, 82% das famílias entrevistadas declararam manter os medicamentos fora do alcance de crianças e de animais domésticos, evitando assim problemas como intoxicação e contaminação do medicamento.

6.3 MEDICAMENTOS COM VALIDADE EXPIRADA

É importante que se realize a revisão periódica dos medicamentos que constituem a farmácia caseira. Mencionada essa questão, é preciso discorrer sobre as medidas tomadas pelos entrevistados quando percebiam que seus medicamentos estavam com a validade expirada.

O descarte deve evitar prejuízos ao ambiente e à saúde dos indivíduos; porém, há ausência de regulamentação em nível domiciliar, e o usuário se torna responsável por realizar o mesmo. Em nosso estudo verificou-se que as pessoas não imaginam qual é a melhor forma de realizar o descarte dos medicamentos. Um dos entrevistados inclusive indagou:

“O certo é a gente empacotar e levar no postinho de volta, né?” (E8)

No entanto, esse entrevistado não realizava tal procedimento, pois descartava os medicamentos em sua horta. A ideia de levar à unidade básica de saúde teria sido espontânea do entrevistado e não baseada em informações externas.

O descarte casual de medicamentos vencidos pode ter como consequências impactos ambientais proeminentes, afetando diversos ecossistemas⁶¹ e gerando riscos à saúde de crianças ou pessoas carentes que possam reutilizá-los.⁶²

Consciência social foi uma questão importante levantada por dois entrevistados, o que se tornou evidente nos seguintes comentários:

“A gente não bota no lixo porque pode uma criança pegar.” (E3)

“Nunca se sabe, onde tem reciclagem pode ter uma pessoa, até biotônico, eu não quero daqui a pouco que uma pessoa...” (E4)

Observou-se que alguns entrevistados da pesquisa dão destinos diferentes a substâncias sólidas e líquidas. Os entrevistados declararam que os locais de descarte dos seus medicamentos são o lixo seco: *“Coloca numa sacola no lixo seco.”* (E1), *“Jogo no lixo.”* (E2) *“Jogo no lixo.”* *“Jogo no lixo... só embalagem”* (E4), *“Eu pego coloco num saquinho e bota no lixo.”* (E7); na pia: *“O líquido primeiro eu jogo fora, lavo o vidrinho e daí eu boto fora”* (E2), *“se é liquido, ponho na pia.”* (E5); na horta: *“ele coloca na horta e enterra...”* (E3)

Um achado interessante foi de que os dois entrevistados do gênero masculino declararam não se envolver com essa questão:

“Não eu não, isso é com a mulher” (E8)

“Eu não olho, nem sei onde eles tão.” (E6)

Os medicamentos vencidos encontrados pertenciam às seguintes classes farmacêuticas: anti-inflamatórios, analgésicos e antipiréticos, antieméticos, anti-hipertensivos, antiagregantes plaquetários, cicatrizantes, colírios antibióticos e anti-inflamatórios, gel para massagem e solução otológica para remoção de cerum.

Segundo um estudo realizado por Garey et al.⁶³, em uma campanha comunitária pelo recolhimento de medicamentos vencidos ou em desuso, recolheram-se 1315 remédios com o valor venal de US\$ 26.220,00 dólares americanos, a maioria deles era de uso prescrito (65%) enquanto medicamentos isentos de prescrição representavam somente 27% dos medicamentos recolhidos na campanha. Medicamentos anti-inflamatórios (25%), antigripais (15%) anti-infecciosos (11%) e cardíacos (10%) foram os mais recolhidos. Extrapolando o resultado observado para a população brasileira, teríamos mais de 2,2 milhões de medicamentos em desuso nos lares brasileiros. A dificuldade de acesso da população brasileira ao sistema público de saúde é apontada como uma das causas da aquisição de medicamentos sem a orientação médica, principalmente em farmácias.

Em outro estudo, de Schenkel⁵⁶, dos 2023 medicamentos encontrados nos domicílios, 1623 (83%) possuíam data de validade; destes, 265 (16%) estavam vencidos. Dos 919 medicamentos em uso no dia da entrevista, 68 (25,7%) estavam vencidos. Proporcionalmente, foi observado um número maior de medicamentos vencidos entre aqueles adquiridos sem receita médica. Arroyo observou que, entre os medicamentos mais frequentemente fora da validade encontrados no estoque domiciliar, destacaram-se os apresentados em formas farmacêuticas semissólidas, especialmente as pomadas, que apresentaram a maior frequência de prazo de validade vencido (59% de todos os medicamentos nessa forma farmacêutica). Foram encontrados medicamentos de validade ultrapassada em todas as classes terapêuticas, destacando-se os emolientes, antifúngicos, antissépticos e os antibacterianos (34% do total de antibacterianos em estoque).⁶⁰

6.3.1 Repercussão econômica

Nesse contexto, não podemos deixar de mencionar a repercussão econômica deste fenômeno. No Brasil a análise de dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta gastos públicos anuais superiores a R\$ 16 milhões, destinados à manutenção dos serviços de saúde. Desse modo, inúmeros fatos contribuem para o aumento de gastos e ineficiência do serviço de saúde nacional, sendo a racionalização do uso de recursos disponíveis uma medida a ser tomada em caráter emergencial. A conscientização sobre maior coerência na prescrição médica de medicamentos pode ser um dos caminhos. O Ministério da Saúde vem unindo esforços governamentais com atuações prioritárias. Dentre estas, destacam-se a implantação e a regulamentação dos medicamentos genéricos, custando em média 40% menos que as drogas de referência.⁶⁴

Uma questão muito importante a ser mencionada é a responsabilidade da indústria farmacêutica neste contexto, já que teriam custos aumentados se houvesse adequação entre forma de apresentação da droga e prescrição médica, o que talvez pudessem contribuir com a adesão do paciente ao tratamento. Um exemplo disso é que frequentemente se evidencia, por parte do consumidor, a necessidade de compra de embalagens extras de medicamentos, na tentativa de totalizar o número de comprimidos necessários para um tratamento completo. Isso reflete a inadequação entre alguns medicamentos prescritos na prática médica e sua apresentação no mercado, além de o paciente não ter alternativa para evitar o desperdício.⁶⁴

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária reforçou a importância do uso racional nas práticas médicas e farmacêuticas, alertando para o adequado uso de medicamentos, objetivo da parceria recém estabelecida entre a Federação Nacional dos Médicos e a Federação Nacional dos Farmacêuticos. Tal preocupação provém de dados da OOMS, confirmando a existência desse problema em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, onde o gasto em saúde com medicamentos varia de 25 a 70%.⁶⁴ Essa afirmação se confirma quando estudos declaram, por exemplo, que na Espanha os gastos farmacêuticos equivalem a 20,6% do orçamento destinado à saúde, enquanto em outros países da Europa,

equivalem somente a 15%. Em virtude disso, o governo espanhol tem investido no uso racional e eficiente de medicamentos.⁶⁵

O custo de medicamentos dispensados no cuidado primário na Inglaterra durante 2005 foi de 8 milhões de euros. Durante 2004, cerca de 580 toneladas de medicamentos não usados foram destruídas nas farmácias comunitárias através do programa DOPP (*Disposal of Old Pharmaceuticals*). Estima-se que 1 milhão de euros são gastos por ano para custear o descarte seguro e correto.^{66, 67}

Estudos nos EUA têm demonstrado que, em uma dada semana, a maioria dos adultos americanos consome pelo menos um medicamento. Em um estudo com idosos com mais de 65 anos constatou-se que 2,3% dos gastos com medicamentos equivalem a custos com descarte. Isto representa mais de US\$1 bilhão com descarte de medicamentos provenientes da população idosa dos EUA.⁶²

O governo do Reino Unido relatou mais de 90.000 casos de envenenamento associados a produtos farmacêuticos. O acesso a medicamentos não utilizados nas casas de pacientes poderia ser uma das principais fontes desse tipo de problema. Além disso, socialmente falando, esses medicamentos vão direto para o lixo doméstico e, conseqüentemente, para as linhas de esgoto. O impacto ambiental da disponibilidade inapropriada de medicamentos por pacientes não recebeu estudos muito profundos; no entanto, pesquisas recentes nas águas subterrâneas dos EUA detectaram níveis significativos de medicamentos em grande número de amostras ao longo de um rio, indicando que isso poderia ser um sério problema.⁶⁷

Diante do que foi exposto acima, é importante que o poder público, em conjunto com a iniciativa privada, promova campanhas de recolhimento de medicamentos vencidos e de orientação para que os usuários realizem o descarte correto de seus medicamentos vencidos. Também são necessárias providências para a adequação da apresentação dos produtos com as prescrições médicas. Além disso, é importante incentivar os usuários a doarem seus medicamentos cujas validades não tenham expirado. Programas de atenção farmacêutica nas farmácias privadas poderiam solicitar aos usuários de medicamentos que trouxessem até as farmácias todos os medicamentos armazenados em seus domicílios. Isso facilitaria orientações sobre automedicação responsável, armazenamento e descarte correto e orientações quanto à reutilização.

6.4 MANUTENÇÃO DE MEDICAMENTOS NOS DOMICÍLIOS (FARMÁCIA CASEIRA)

Nossa pesquisa encontrou somente um entrevistado (E5) que não possuía medicamentos que não fossem os de uso contínuo. Ele acreditava que não é necessário, pois seus pais não mantinham medicamentos em casa. Além disso, ele vê como uma maneira de não atender pedidos de vizinhos, visto que é um profissional da saúde. Esses motivos estão expressos nas falas:

“Eu não costumo ter medicação em casa e também não tomo nada sem prescrição médica.”

“Não precisa!!! (aumentou a voz), não estou acostumada a ter medicação em casa!!!”

“Se eu talvez teria em casa eu iria dar (para vizinho ou conhecido) e isso eu não posso fazer.”

“Eu não tenho o costume, desde da minha casa, meu pai nunca teve.”

Hoje em dia, muitas doenças são inicialmente tratadas com medicamentos destinados a aliviar sintomas mais leves como dores de cabeças, resfriados, dores musculares e ósseas. Isso leva muitas pessoas a usar medicamentos *over-the-counter* (OTC).⁹ Dois entrevistados enfatizaram a prática de automedicação. Isto ficou evidente nas seguintes falas:

“Pra uma emergência...”; “Por uma simples dor de cabeça, ou um resfriado, não é preciso ir no médico.”; “Para isso eu tenho o medicamento em casa, tomo e já estou boa.” (E2)

“Por que quando tem uma dor de cabeça, ou dá uma dor no estômago, come uma coisa errada, não vai correr logo pro médico???”; “O médico, e às vezes um vizinho que diz, ah esse aqui é bom... a vizinhança, um ajuda o outro, eu já tomei, me fez bem, então a gente tenta também.” (E3)

Os motivos encontrados nesta pesquisa para a prática da automedicação foram verificados também no estudo de Bueno, Weber e Oliveira⁶⁰, que encontrou 75,7% dos entrevistados praticando automedicação, sendo as causas mais frequentemente relatadas dor, gripe e febre, seguidas de infecções e mal-estar. Os adeptos dessa prática apresentaram como justificativa a falta de tempo, o uso de prescrições anteriores ou a crença de que apresentam problemas simples sem a necessidade de procurar um médico.

A maioria da população do estudo de Bueno, Weber e Oliveira⁶⁰ mantinha os medicamentos que sobravam de tratamentos concluídos para utilizar outra vez. Em nosso estudo, esse fenômeno ficou evidenciado no discurso *“Eu vou guardando, porque sobra uma quantia e daí eu vejo se vale e daí eu tomo.”*; *“Porque eu já tomei, daí pra pressão, aquele pra diabetes, daí eu sei que é pra aquilo, se eu não sei eu não tomo.”* (E7). O estudo de Schenkel et al.⁵⁶ relatou que dos 906 (45% do total) medicamentos adquiridos com receita médica, 118 (13%) foram adquiridos para outro evento semelhante ao qual o medicamento havia sido prescrito anteriormente. Desses casos, aproximadamente 10% estavam relacionados com uma prescrição anterior para a mesma pessoa, enquanto 3% foram adquiridos para outra pessoa que não aquela para a qual o medicamento fora prescrito originalmente. Loyola et al.⁶⁸ demonstrou uma associação entre o número de consultas médicas e o uso de medicamentos prescritos. A taxa de automedicação foi menor entre aqueles que tinham consultas periódicas e assim a taxa alta de automedicação poderia ser associada à perda de cuidados médicos.

Schenkel et al.⁵⁶ defendem a ideia de o fato de o medicamento ter sido adquirido mediante prescrição não garante, por si só, que este será usado pelo tempo correto ou ainda somente pela pessoa que efetivamente foi atendida por um médico. Os discursos do entrevistado 7 demonstram esse fenômeno. A dimensão do fenômeno aponta para a necessidade do médico alertar sobre a duração e a limitação do tratamento recomendado, bem como a necessidade do farmacêutico reiterar essas informações no momento do descarte do medicamento.

Adicionalmente, as pesquisas demonstram que os pacientes possuem poucos conhecimentos, os farmacêuticos estão sobrecarregados, há a reutilização de prescrições médicas anteriores, que acabam sendo utilizadas por toda a família, e a venda de medicamentos acaba visando somente ao lucro.⁹ As campanhas publicitárias para medicamentos influenciam essas circunstâncias, estabelecendo um complexo processo de automedicação.^{3,9}

É importante que, quando uma pessoa faz a escolha pela automedicação, ela considere que as consequências dessa decisão são numerosas, como, por exemplo, o aumento do risco de reações adversas ou o mascaramento da doença atual, podendo agravá-la ou mesmo piorá-la. Nessa situação o único profissional que pode orientá-la é o farmacêutico. Em nosso estudo, a despreocupação com os problemas relacionados aos medicamentos ficou evidente. O fenômeno de cuidados

na automedicação apresentou-se como uma divergência, pois somente um dos entrevistados mencionou preocupação em verificar efeitos colaterais, contraindicações, etc...

“Daí eu leio a bula primeiro, vê se tem alguma coisa... as contraindicações, os efeitos colaterais também.” (E3)

Nesse momento, esse mesmo entrevistado chama a atenção para o problema da inadequação da bula dos medicamentos e da dificuldade para lê-la, devido ao reduzido tamanho da letra.

“Tem vezes que a letra é muito pequeninha, alguns laboratórios, deveria ter... “É, eu tenho uma lupa.” (E3)

Outro entrevistado comentou que um dos motivos para ele manter medicamentos no domicílio é sua desconfiança do serviço médico, e o motivo para isso foi uma experiência anterior:

*“...médico se ele acha que eu posso tomar uma coisa, daí eu me prejudico mais do que se eu tomo uma coisa que eu já conheço.”(E3)
“Já me aconteceu por receita médica e eu ficar ruim, ruim mesmo, tive que trocar toda a medicação...” (E3)*

Já os entrevistados 1 e 4 diverge deste posicionando mencionando:

“Eu posso ir na farmácia e posso comprar, porque aquilo me ajuda, porque eu tenho tanta fé nele...” (referindo-se ao médico) (E4)

“Pra me ajudar” (referindo-se que o médico já tinha indicado).” (E1)

No entanto, penso ser pertinente comentar que o entrevistado 4 foi o que apresentou a maior quantidade de medicamentos não utilizados (farmácia caseira). Para muitos destes medicamentos não é exigida prescrição médica, como, por exemplo, extrato de própolis, Dolomita[®], Olina[®] ou Hepatilon[®]

Embora a literatura não traga dados sobre a influencia que a segurança e a acessibilidade possuem sobre a prática de manutenção domiciliar de medicamentos, pensa-se ser importante abordá-las já que foram mencionadas durante a pesquisa. A segurança referida pelos entrevistados E3 e E4 tem significados diferentes, já que

para o primeiro a manutenção dos medicamentos em seu domicílio denota precaução para evitar problemas de saúde. Já para o segundo, significa poder ter autonomia em caso de uma emergência de saúde.

“Se eu tomo uma coisa que eu já conheço que eu sei que não me prejudica da úlcera, por isso tem coisas em casa.” (E3)

“Estou sozinha em casa, eu não tenho ninguém, eu estou morando sozinha...” (E4)

A acessibilidade foi um dos motivos para se manter estoque de medicamentos em domicílio para os entrevistados E3 e E8, conforme declararam:

“Pra facilitar, porque tudo é meio longe pra conseguir um médico aqui, precisa de carro, e às vezes não tem ninguém em casa.” (E3)

“Porque a gente mora longe, né? Se não comprar pro mês todo, é difícil, pegar ônibus e gastar, ir até Dois irmãos e voltar.” (E8)

Estas duas categorias, acessibilidade e segurança, merecem atenção dos pesquisadores, visto que elas influenciam no fenômeno de automedicação e conseqüentemente no aumento do fenômeno de polifarmácia destes entrevistados. Na população idosa, eles têm uma importância maior devido às modificações no metabolismo dos fármacos ocorridas devido ao envelhecimento. Além disso, pode haver aumento de problemas relacionados aos medicamentos, como, por exemplo, interações medicamentosas, visto que essa população pode estar adquirindo seus medicamentos sem orientação de profissional capacitado.

6.5 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Um estudo demonstrou que, de acordo com os princípios econômicos, os idosos dão diferentes valores às intervenções de saúde com base no custo de assistência e no ganho da saúde.⁴⁹ Nesta pesquisa notou-se nas falas: *“A gente tem que comprar, ai mas esse micardis é caro...” (E1)* e *“Não, eu estou comprando tudo!!!” (E2)*, que o custo da terapia é pesado, mas que o fato delas considerarem o

medicamento uma condição essencial de vida faz com que eles tenham que transpor essa dificuldade.

Quatro entrevistados declararam que conseguem parte de seus medicamentos no posto e compram o restante.

“Olha a maior parte é comprada, eu tenho o aas que eu ganho da prefeitura, ... o sustrate eu não tenho, nem o amiodarona. Só consigo o metformina pela prefeitura e ooo.... do estômago.” (E3)

“Não sempre o sinvastatina, captopril eu to ganhando e o omeprazol, o resto e estou comprando tudo.”(E4)

“Então eu vou e me cadastrei e recebo lá o enalapril, aas e... hidroclorotiazida.” (E5)

“Uns eu ganho no posto, mas outros eu tenho que comprar porque não tem no posto.” (E6)

Os entrevistados 7 e 8 conseguem todos os seus medicamentos no posto, conforme declararam:

“No postão, agora eu pego ali embaixo no salão, eu vou lá.” (E7)

“Ganho no posto. quando não tem, tem que comprar, mas é difícil, às vez falta.” (E8)

Quanto à forma de aquisição dos medicamentos, no estudo de Gomes, Canavieiras e Sousa⁶⁹ constatou que 48% dos entrevistados compram seus medicamentos, 24% os adquirem através de parentes/amigos e 32% pelo SUS. Em outro estudo, 31,7% dos entrevistados declararam haver adquirido os medicamentos no SUS e os demais 68,3%, em estabelecimentos particulares.⁷⁰

6.6 UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Alguns autores apontam que o uso de fitoterápicos como terapia complementar ou alternativa tem sido crescente entre a população idosa.⁷¹

Observou-se que todos os entrevistados da pesquisa têm o hábito de tomar chá. Não se pode considerar a resposta do entrevistado 6, visto que sua filha e cuidadora antecipou-se à sua resposta. Alguns são menos adeptos, como, por

exemplo, a entrevistada 1, que diz: *“E chá eu não consigo, folha de laranja ou melissa, é só, outros eu não consigo”*. No entanto, os demais dão diferentes importâncias a essa terapia alternativa. Alguns utilizam os chás para otimizar seus tratamentos:

“Esses eu uso diariamente no chimarrão, já muda o gosto e faz bem, porque o cidró diz que baixa a pressão.” (E2)

“...o alecrim é muito bom pro coração, pra circulação do sangue.” (E4)

“Eu tomo branquilha, que é pra reumatismo, sabugueiro, bom pra gripe também, e esse branquilha é bom pra dor nos ossos, enxume, tomo o cavalinha, pra bexiga, pra pressão, ajuda um pouco, né...” (E8)

Outros, por sua vez, já tratam essa terapia alternativa como primeira escolha de tratamento, como salientaram:

“Primeiro a gente tenta resolver com ervas medicinais. É e se daí não ajuda a gente procura ajuda médica” (E3)

“Em casa nem no médico não tinha, eu começo com chá com todo mundo, aí eu vou indo.” (E5)

“Eu ia tentar fazer chá, né, que eu sei que é bom, né? (referindo-se a optar pela terapia alternativa à alopática)” (E7)

O estudo de Medeiros et al.⁴ demonstrou que 57% daqueles que faziam uso de chá não acreditavam que este podia reduzir efeito de medicamentos. Esse resultado também foi encontrado por Flores³: 56%. No estudo qualitativo de Souza e Lopes⁷², a principal influência na escolha da alternativa informal constatada foi a mídia, através de programas de rádio e televisão e panfletos de farmácia, seguida da família e amigos e, por último, dos profissionais de saúde.

O entrevistado 3 trouxe esse costume de seus antepassados e salientou: *“Aí são dos antepassados, meus pais, os pais dele, todos têm na horta.”* (A mãe desta entrevistada mora com ela). Estudos sugerem que a manutenção da estrutura familiar tradicional e dos referenciais explicativos levam ao aparecimento dos conhecimentos da alternativa popular.⁷⁵

Outro estudo avaliou os usos e crenças em plantas medicinais entre um grupo de idosos e identificou que, apesar da origem familiar dessas práticas, o conhecimento popular correspondia ao saber científico.⁷³ O entrevistado 4 trouxe esse assunto quando comentou:

“O boldo, assim, porque eu participo muito das palestras, porque quando eu levo as pessoas assim, o boldo e a cavalinha, eu vi que fazia muito mal pros homens pra próstata e o boldo era muito fácil de ganhar câncer de seio...”

6.7 SIGNIFICADO DOS MEDICAMENTOS

Na questão “Qual é significado do medicamento para o Sr (a).?”, constatou-se que seis sujeitos perceberam os medicamentos como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são considerados por eles o motivo de ainda estarem vivendo. Esse entendimento é expresso nas seguintes falas:

“Viver, continuar vivendo...” (E1)

“Sem os remédios eu não podia viver sem...” (E2)

“Sem os remédios eu não sei se eu viveria” (E3)

“Ah, eu não vivia mais” (E4)

“Pode ser que vai terminar, bem dizer, então.” (E6)

“Eu tava morto, eu acho” (E8)

Outra percepção importante é que sete sujeitos (1,2,3,4,5,6,7) falaram que os medicamentos são responsáveis pelo seu bem-estar, disposição e saúde. Alguns não utilizaram este termo, mas referiram que o significado dos medicamentos era:

“sentir melhor” (E1);

“A maneira de poder viver melhor...” (E2);

“Essa vida que eu tenho ânimo, sabe, e eu me sinto melhor, sabe eu não fico cansada” (E4);

“representa uma ajuda pra manter um equilíbrio.” (E5);

“a gente precisa tomar, acalma, melhora, não precisa ir consultar.” (E7)

Westerbotn et al. ⁷⁴ comentam que, quando as pessoas envelhecem, tendem a utilizar mais medicamentos, e estes são uma importante parte dos cuidados médicos dos idosos. Os medicamentos podem prevenir, curar, controlar

sintomas e doenças. Sem seus próprios medicamentos, muitos idosos poderiam perder sua autonomia e, conseqüentemente, se sentir dispensáveis, o que poderia levá-los a sentir que a vida perdeu o sentido. O significado de autocuidado é apropriado nesse contexto.

Para Orem⁷⁶, autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam para manutenção da sua vida, saúde e bem-estar. Sendo assim, um importante fator que faz as pessoas morarem sozinhas é o autocuidado, e o manejo de seu regime terapêutico está extremamente associado a essa questão.

Quando falamos em bem-estar, pensamos em qualidade de vida. Por isso, vale apresentar o conceito de Cachioni, Diogo e Neri⁷⁷, que a subdividem em duas grandes partes:

- Domínio funcional – onde se observam as capacidades físicas, cognitivas, atividades da vida diária (AVD) e sua autoavaliação.

- Domínio do bem-estar – onde se observa a presença de doenças, dor, desconforto emocional e a percepção geral de seu bem-estar.

Deps⁷⁹ define bem-estar como um estado da mente, incluindo sentimentos de felicidade, contentamento e satisfação com as condições da própria vida.

Todos esses conceitos estão correlacionados com a interação social, que foi uma categoria ligada ao significado dos medicamentos para os idosos. Isso se tornou evidente nas falas das entrevistadas:

“gente faz toda a força pra viver bem, viver em paz com Deus e outras pessoas do mundo.” (E1)

“ se eu noto que minha pressão está alta e é pra pegar o ônibus pra sair, já não pego, porque eu tenho medo, não é?” (E2)

“ disposição pra sair, pra caminhar, pra trabalhar...” (E3)

“Na mala, primeira coisa q eu boto é os cpr...” (E4)

Os medicamentos acompanham os idosos em suas vidas e os mantêm com saúde, fazendo com que eles os relacionem com a manutenção de sua autonomia para realização de suas atividades da vida diária (AVDs), assim como na possibilidade de eles se relacionarem socialmente. Assim, concorda-se com Costa e Pereira⁸⁰ em que, quando o idoso está inserido em redes sociais, há aumento do seu bem-estar e qualidade de vida, o que potencializa seu estado de saúde através da promoção de autonomia.

Outra categoria que surgiu nesta análise temática foi a segurança, expressada pelos seguintes dizeres: *“Ah graças a Deus eu levei, porque daí eu estou.... Vai dar tudo certo, isso que eu fico pensando.”* (E4); *“É mais seguro tu tomar do que não tomar. Já foi feito isso aí pra tomar continuado.”* (E8). No estudo qualitativo de Lau et al.⁴⁹, os medicamentos foram considerados mais importantes se tinham sido prescritos para prevenir graves eventos adversos à saúde ou morte prematura.

O entrevistado 6 trouxe à análise duas opiniões em que os medicamentos significavam saúde: *“Bom pra saúde, ajudar na saúde”* e mesmo pensando que os medicamentos tinham esse efeito positivo, o entrevistado não acreditava em sua terapia: *“Primeiro quando tomei eles, fiquei sempre meio tonto, um pouco. Agora não sinto mais tanto.”* O estudo de Lau et al.⁴⁹ demonstrou que a importância dos medicamentos era dependente de seus efeitos. Importância menor era dada aos medicamentos que produziram menores benefícios terapêuticos.

7 CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa permitiu concluir que os medicamentos, para os idosos, se mostram um importante instrumento de auto-cuidado, de preservação da independência física e da autonomia desses indivíduos. No entanto, a quantidade de medicamentos armazenadas nos domicílios alertam para o urgente desenvolvimento de programas de educação em relação aos medicamentos, seja na farmácia, no posto de saúde, nas clínicas ou na residência dos idosos, para que estes compreendam melhor sua terapia e para evitar os perigos que ela pode proporcionar a suas vidas. Esses locais são importantes pois observou-se que os medicamentos de muitos dos entrevistados dessa pesquisa provinham tanto de órgãos públicos como privados. Chama-se atenção de que nesta população somente um dos entrevistados apresentou problemas de armazenamento e acondicionamento nos domicílios. Observou-se que no restante dos domicílios os medicamentos estavam sendo armazenados em locais com temperatura ambiente adequada, protegidos da luz, calor e umidade.

Os fenômenos automedicação e a polifarmácia foram evidentes e são importantes porque representam uma preocupação de saúde pública. A automedicação, evidenciada pela presença de medicamentos armazenados nos domicílios, mesmo sendo vista por alguns, como uma maneira de auto-cuidado, é uma prática que pode gerar inúmeros riscos e conseqüências para a saúde destes idosos. Esta prática pode agravar o fenômeno da polifarmácia o que se torna mais preocupante visto que as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas desta população já estão alteradas, conduzindo ao maior número problemas relacionados aos medicamentos.

Outra observação desta pesquisa foi a importante quantidade de medicamentos em desuso ou vencidos e o desconhecimento sobre a maneira adequada de descartá-los. A presença destes medicamentos propicia a utilização inadequada dos mesmos, com conseqüências perigosas à saúde dos usuários.

O combate destas práticas pode ser feita através da educação continuada dos profissionais de saúde, já que eles devem atuar de maneira a despertar na população o senso de responsabilidade frente ao uso indiscriminado de medicamentos.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiramente o fato de ter sido realizado por uma pesquisadora inexperiente. Este fato contribuiu para que a pesquisa não tenha conseguido aprofundar alguns temas. Isso ficou evidente quando a pesquisadora realizava a análise de cada tema, visto que surgiram perguntas do tipo:

- Para aqueles indivíduos que compravam seus medicamentos, o quanto esta aquisição pesava em seu orçamento e o quanto isso impactava em sua vida em termos de ter que se privar de algo? Será que a adesão ao tratamento era diferente? Eles tinham tentado conseguir ajuda financeira pública?
- A quantidade de medicamentos que a Sr(a). utiliza influencia na sua qualidade de vida? O quanto sua vida seria mais fácil, caso tomasse menor quantidade de comprimidos?
- Quando apareceram idéias corretas, como por exemplo, levar os medicamentos vencidos a unidade básica de saúde, de onde surgiram essas idéias, alguém tinha orientado o Sr(a)?

Em segundo lugar, seria importante tentar descobrir se a percepção do idoso quanto a eficácia clínica, os eventos adversos, tinham peso no significado dos medicamentos para este entrevistado. Ou será que os medicamentos que os profissionais da saúde consideram importantes, são os mesmos que eles consideram?

O argumento de Patton⁸¹, declarando que é útil ter mais de uma pessoa na codificação dos dados, para que os resultados fossem comparados e discutidos, é interessante pois poderia-se conseguir diferentes maneiras de olhar o mesmo fenômeno. Isso tornaria a pesquisa mais rica.

A escolha de um modelo de pesquisa qualitativo possibilitou não ter um pensamento pré-estabelecido quanto aos motivos pelos quais os idosos mantêm medicamentos em seus domicílios, como também o quanto estes medicamentos significam para estes indivíduos. Isso permitiu a descoberta de evidências importantes para elaboração de um instrumento para quantificar este fenômeno a fim de descobrir a relevância para a população em geral.

Novas pesquisas poderiam ser desenvolvidas na presente temática, para que haja aprofundamento e maior compreensão do problema, com intuito, por exemplo, de examinar se o gênero, a cognição, escolaridade influenciam na maneira de como os idosos compreendem sua terapia ou dão importância a ela. Além disso, os medicamentos poderiam ter significados diferentes para idosos com patologias sintomáticas.

A interação do profissional farmacêutico com o paciente possibilita identificar as necessidades do mesmo e realizar as orientações sobre o medicamento, desta forma o profissional atua como um agente de saúde e transformador de uma realidade cotidiana. As orientações dos profissionais farmacêuticos podem permitir maior autonomia da população nos cuidados com a própria saúde, evitando um número insustentável de consultas médicas, diminuindo os atendimentos desnecessários.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais - uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. [capturado 2011 fevereiro 2] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf.
2. Johnston CB, Harper GM Landefeld CSL. Geriatric medicine. In: Mcphee SJ, Papadakis MA, Tierney JR, editors. Current medical diagnosis & treatment. New York: McGraw Hill Medical; 2006.
3. Flores L, Mengue S. Drug use by the elderly in Southern Brazil. Rev Saude Publica. 2005; 39(6):924-9.
4. Medeiros-Souza P, Santos-Neto L, Kusano L, Pereira M. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Rev Saude Publica. 2007; 41(6):1049-53.
5. Colet C. Perfil de uso, valor intrínseco, custos diretos de medicamentos e qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência em Porto Alegre/RS. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
6. Viegas-Pereira A, Rodrigues R, Machado C. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. R Bras Est Pop. 2008; 25(2): 365-76.
7. Lima G, Araújo E, Sousa K, Benvido R, Silva W, Jr. RC, et al.. Avaliação da utilização de medicamentos armazenados em domicílios por uma população atendida pelo PSF. Farm Bras. 2008; 89(2): 146-9.
8. Sá MB. Automedicação em idosos, Salgueiro - PE, 2004. Recife: Universidade de Pernambuco; 2005.
9. Albarran KF, Zapata LV. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. Pharmacy World & Science. 2008; 30(6): 863-8.
10. Schuler J, Duckelmann C, Beindl W, Prinz E, Michalski T, Pichler M. Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria. Wiener Klinische Wochenschrift. 2008; 120(23-24): 733-41.
11. Daniszewski R, Langley C, Marriott J, Wilson K, Clewes P, Wilkinson M. An investigation of medicines returned to general practitioners and community pharmacies. Int J Pharm Pract. 2002; 10(Suppl. R42).
12. Ekedahl ABE. Reasons why medicines are returned to Swedish pharmacies unused. Pharmacy World & Science. 2006; 28(6):352-8.

13. Codato L, Nakama L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? *Revista Espaço para a Saúde*. 2006; 8(1): 34-5.
14. Fontanella B, Campos C, Turato E. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(5): 812-20.
15. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - síntese de indicadores 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
16. IBGE. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto de Geografia e Estatística; 2000. [capturado 2011 fevereiro 02]; Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=24&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>.
17. Kalache A, Veras R, Ramos L. The aging of the world population. A new challenge. *Rev Saude Publica*. 1987; 21(3): 200-10.
18. Veras R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
19. Papaléo-Netto M, Ponte J. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo-Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-12.
20. Camarano A, Pasinato M. Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; 2008.
21. Rosa L. Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra funda – RS, Brasil. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.
22. SUS - Sistema Único de Saúde. Centro de Informações sobre Medicamento. Uso de Medicamento pelo idoso. *CIM Informa*. 2003; 1(1):1-4.
23. Alberti K, Zimmet P. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998; 15(7): 539-53.
24. Freitas EV. Diabetes Mellitus. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 776-85.
25. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5): 1047-53.
26. Coeli C, Ferreira L, Drbal Md MM, Veras R, Camargo KJ, Cascao A. Diabetes mellitus mortality among elderly as an underlying or secondary cause of death. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2): 135-40.

- 27.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Brazilian Journal of Hypertension. 2010; 17(1).
28. Whitworth J, World Health Organization ISoHWG. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003; 21(11): 1983-92.
29. Brandão A, Brandão A, Freitas E, Magalhães M, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas E, Py L, Cançado F, Doll J, Gorzoni M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 459-72.
30. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. European Journal of Epidemiology. 2000; 16(1): 19-26.
31. Haider S, Johnell K, Weitoft G, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: a register-based study of more than 600,000 older people. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(1): 62-9.
32. Veehof LJG, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. Family Practice. 2000; 17(3): 261-7.
33. Kalache A, Plouffe L. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
34. Gil AC, Licht RHG, Santos BRMd. Why do we need to do qualitative research in the health area? Caderno Pesquisa em Ciências da Saúde. 2006; 1(2): 5-19.
35. Martins HHS. Qualitative research methodology. Educação e Pesquisa. 2004; 30(2): 287-98.
36. Dingwall R, Murray T. Categorisation in accident departments: “good “ patients, “bad” patients and children. Sociology of Health and Illness 1983, 5: 127-128. *apud* Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
37. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
38. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. 2002; 115: 139-54.
39. Flick U. Amostragem, seleção e acesso. In: Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman-Artmed; 2009. p. 164.
40. Gaskell G, Bauer M. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
41. Filho JCdS, Gamboa SS. Pesquisa educacional: quantidade-qualidade. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1997.

42. Scarton AM. Fatores que levam, mantêm e interferem na prática de atividade física aquática em adultos de meia idade. Porto Alegre: PUCRS; 2003.
43. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saude Publica*. 2006 Aug; 40(4): 712-9.
44. Gibbs G. Codificação e categorização Temáticas. In: Viali L, editor. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Bookman-Artmed; 2009. p. 198.
45. Straus A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1990. apud Gibbs G. Codificação e categorização Temáticas. In: Viali L, editor. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Bookman-Artmed; 2009. p. 198.
46. Gaskell G, Bauer MW. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: Gaskell G, Bauer MW. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 470-90.
47. Pope C, Mays N. Qualidade na pesquisa qualitativa em saúde. In: Pope C, Mays N, editors. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 97-115.
48. Goldim J. O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
49. Lau D, Briesacher B, Mercaldo N, Halpern L, Osterberg E, Jarzebowski M, et al.. Older patients' perceptions of medication importance and worth: an exploratory pilot study. *Drugs Aging*. 2008; 25(12): 1061-75.
50. Modig S, Kristensson J, Kristensson Ekwall A, Rahm Hallberg I, Midlov P. Frail elderly patients in primary care-their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2009; 65(2):151-5.
51. Jaye C, Hope J, Martin I. What do general practice patients know about their prescription medications? *N Z Med J*. 2002 Sep; 115(1162):U183.
52. Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O. What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*. 2005; 56(3): 276-82.
53. Granas A, Bates I. Patients' understanding and management of their illnesses and prescribed medicines--a descriptive study. *Pharm World Sci*. 2005 Aug; 27(4): 321-8.
54. Passarelli M, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005; 22(9): 767-77.
55. Blanski C, Lenardt M. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Rev Gaucha Enferm*. 2005; 26(2): 180-8.

56. Schenkel E, Fernandes L, Mengue S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta Farm Bonaerense*. 2005; 24(2): 266-70.
57. Saúde Md. Portaria 802. In: *Sanitaria SdV*. Brasília: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA); 1998.
58. Solari J. Concepciones y práticas en relación a los medicamentos en la población urbano - marginal de San Juan de Lurigancho. *Revista Medicamentos y salud popular*. 1996; 34:15-28.
59. Arroyo AMP. Utilizacion de medicamentos en el hogar. *Farmacia Clínica*. 1990; 7(9):784-90.
60. Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009; [capturado 2011 fevereiro 02]: 30(2): Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100100/828.pdf>.
- 61 Melo V, Nunes DCD, Kim FJK, et al.. Descarte de medicamentos vencidos por usuários residentes na cidade de São Paulo. In: 14o Congresso Paulista de Farmacêuticos. 2005; [capturado 2008 Abr 18]: Disponível em: <http://www.oswaldocruz.br/download/artigos/saude20.pdf> *apud* Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009; [capturado 2011 fevereiro 02]: 30(2): Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100100/828.pdf>.
- 62 Serafim EOP, Vecchio A del, Gomes J, et al.. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relaao com a atenao farmacêutica. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2007; [capturado 2008 Abr 17]: 43(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n1/15.pdf> *apud* Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009; [capturado 2011 fevereiro 02]: 30(2): Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100100/828.pdf>.
63. Garey KW, Johle ML, Behrman K, Neuhauser MM. Economic consequences of unused medications in Houston, Texas. *Annals of Pharmacotherapy*. 2004; 38(7-8):1165-8.
64. Nakazone M, Araújo G, Pinheiro A, Takano C, Godoy M, Souza D. Quantificaao do desperdicio de medicamentos na prática clínica. *Arq Cienc Saúde*. 2006; 13(2):75-81.
65. Coma A, Modamio P, Lastra CF, Bouvy ML, Marino EL. Returned medicines in community pharmacies of Barcelona, Spain. *Pharmacy World & Science*. 2008; 30(3): 272-7.
66. Mackridge AJ, Marriott JF. Returned medicines: waste or a wasted opportunity? *Journal of Public Health*. 2007; 29: 258-62.

67. Langley C, Marriott J, Mackridge A, Daniszewski R. An analysis of returned medicines in primary care. *Pharm World Sci*. 2005 Aug; 27(4):296-9.
68. Loyola Filho A, Uchoa E, Firmo J, Lima-Costa M. [Influence of income on the association between cognitive impairment and polypharmacy: Bambuí Project]. *Rev Saúde Pública*. 2008 Feb; 42(1): 89-99.
69. Gomes SdM, Canavieiras SA, Sousa SFMC. Idosos e saúde: a importância dos estudos do perfil sócio-demográfico, econômico e da utilização de medicamentos. XI Encontro de Iniciação à Docência. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
70. Ribeiro MÂ, Heineck I. Drug Storage at Home in the Community Assisted by the Family Health Programme in Ibiá, MG, Brazil. *Saúde Soc São Paulo*. 2010; 19(3):653-63.
71. Marlière LDP, Ribeiro AQ, Brandão MGL, Klein CH, Acurcio FA. Herbal drug use by elderly people: results from a domiciliary survey in Belo Horizonte (MG), Brazil. *Brazilian Journal of Pharmacognosy*. 2008; 18:754-60.
72. Souza AC, Lopes MJ. Therapeutic practices among elders in Porto Alegre: a qualitative approach. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Mar; 41(1):52-6.
73. Metcalf EB, Berger CB, Negri FAA. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: B DB, I SM, J GER. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 160-5.
74. Oliveira CJ, Araujo TL. Medicinal plants: uses and beliefs of elderly carriers of arterial hypertension. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; [capturado 2011 fevereiro 2]: 9(1): Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.html>
75. Westerbotn M, Fahlström E, Fastbom J, Agüero-Torres H, Hillerås P. How do older people experience their management of medicines? *J Clin Nurs*. 2008 Mar; 17(5A):106-15.
76. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6 ed. St. Louis: Moseby; 2001. *apud* Westerbotn M, Fahlström E, Fastbom J, Agüero-Torres H, Hillerås P. How do older people experience their management of medicines? *J Clin Nurs*. 2008 Mar; 17(5A):106-15
77. Cachioni M, Diogo MJE e Neri AL. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. 2 ed. Campinas: Alínea; 2006. *apud* Martins MR. *Configurando o perfil de bem estar e qualidade de vida de idosos - um estudo no projeto autonomia do idoso (PAI) - UNIVALI*. Biguaçu - SC: Universidade do Vale do Itajaí; 2009.
78. Martins MR. *Configurando o perfil de bem estar e qualidade de vida de idosos - um estudo no projeto autonomia do idoso (PAI) - UNIVALI*. Biguaçu - SC: Universidade do Vale do Itajaí; 2009.

79. Deps VL. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: L NA. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1999. p. 57-82.
80. Costa LSMd, Pereira CAA. Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2007; 59(1).
81. Patton M. Qualitative reseach and evaluation methods, Londres: Sage Publications; 2002. *Apud* Pope C, Nicholas M. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas semi-estruturadas com os idosos

APÊNDICE C – Esboço do diário de campo

APÊNDICE D - Agrupamento de dados e categorização temática

APÊNDICE E – Respostas aceitas para seleção dos questionários do estudo

PIRSAM

APÊNDICE F – Mini-Exame do Estado Mental

APÊNDICE G – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCRS

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: O que representa o medicamento para o idoso?

Pesquisadora responsável: Cristine dos Reis, Mestranda do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Prezado (a) Senhor (a):

O(a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que está sendo realizado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e tem como objetivo identificar o significado do medicamento para o idoso. Solicitamos, então a sua autorização para realizarmos uma entrevista que durará entre 45 minutos e 1 hora onde serão questionados vários aspectos de sua vida. O entrevistador poderá solicitar a ajuda de um familiar ou acompanhante para responder algumas perguntas caso o Sr (a) encontre alguma dificuldade. O seu nome e dos seus familiares não vão aparecer ao final da pesquisa. Caso concorde(m), o senhor(a) e ou seu familiar deverá(ão) assinar este termo, e ficará(ão) com uma cópia dele também, caso precise(m) entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o (a) senhor(a) ou familiar por estar(em) participando da pesquisa e nem prejuízo ao Sr (a) ou a seus familiares. O questionário será aplicado somente uma vez, mas o (a) Sr(a) ou seu familiar poderão ser contatados novamente para confirmar a realização desta entrevista. No final da entrevista o (a) Sr(a) ou seu familiar serão questionados sobre a disponibilidade de participar de outros estudos complementares a este. Naquele momento será assegurado ao Sr(a) a possibilidade de deixar de participar das pesquisas a qualquer momento, sem que o(a) Sr(a) e qualquer membro de sua família seja prejudicado por isso. Se tiver alguma dúvida poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através de endereço, telefone e e-mail abaixo. Este estudo segue os princípios enunciados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos, bem como no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. Esperamos merecer sua confiança e coloco-me à disposição para qualquer informação adicional nos endereços: Cristine dos Reis: cristine.reis@acad.pucrs.br, Telefone comercial: 051- 33368153 ramal 211, ou celular: 051 81477731.

Consentimento:

Após conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto Eu _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões do questionário em anexo. Sei que no final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi cópia deste documento, assinado pelo pesquisador e orientador, e tive oportunidade de discuti-lo com os mesmos.

Dois Irmãos, ___ de _____ de 2010.

Assinatura do idoso

Assinatura do familiar/acompanhante

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS IDOSOS

1. Para que servem os medicamentos que o(a) senhor(a) usa?
2. Como e onde o(a) senhor(a) guarda seus medicamentos?
3. Como conseguiu esses medicamentos?
4. Por que o(a) senhor(a) tem medicamentos em casa?
5. O o(a) senhor(a) complementa o seu tratamento com outros tipos de remédios?
6. O que a o(a) senhor(a) faz com seus medicamentos vencidos?
7. Qual o significado da medicação para o(a) senhor(a)?

APÊNDICE C: ESBOÇO DO DIÁRIO DE CAMPO

1. Contato por telefone
 - a. Identificação do pesquisador: nome e de que instituição ele estava falando
 - b. Explicava que estava ligando para ele pois tinha sido avaliado o questionário da pesquisa anterior.
 - c. Convite para participar da nova pesquisa
 - d. Explicações sobre a nova pesquisa
 - e. Sujeito aceita participar da pesquisa: nome, endereço, telefone, data e horário da visita.
2. Durante a entrevista
 - a. Medicamentos encontrados no domicílio
 - i. Uso contínuo
 - ii. “Farmácia caseira”

Observavam-se aqui quais os tipos de medicamentos existentes no local. Anotavam-se os nomes dos medicamentos, sua apresentação, concentração, posologia (medicamentos de uso contínuo) e validade. Verificava-se se o local de armazenamento – protegido da luz, umidade e calor. Anotar
 - b. Perguntas do roteiro de entrevistas semi-estruturado, com espaços, para anotações de observações de expressões, comportamentos e gestos frente aos questionamentos.

APÊNDICE D: AGRUPAMENTO DE DADOS E CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

Tabela 2. Unidade contextual: Compreensão do regime terapêutico

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 1 – Compreensão do regime terapêutico		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
<p>“Pra pressão... micardis.” “1 pela manhã depois do café ele mandou tomar” “É de 80mg!!!!”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de um medicamento de uso contínuo e tinha total conhecimento de sua terapia . Conhecia nome, indicação, posologia e dose de sua terapia.</p>	<p>Compreende totalmente sua terapêutica</p>
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
<p>“Eu tô tomando cinco diariamente... pra pressão alta... atenol” “Tomo verotina que é pra.... se acalmar” “Tomo diovan depois do meio dia” “Euthyrox eu também tomo de manhã, pra tiróide” “Pantocal... esse é pro estômago, fígado” “Eu tenho outroooo o, mas esse eu tomo uma vez por semana (era natrilix)... água no corpo”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de seis medicamentos e tinha parcial conhecimento de sua terapia . Não sabia o nome de dois medicamentos. Quando fomos ver os medicamentos é que ela lembrou.</p>	<p>Compreende parcialmente sua terapêutica</p>
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
<p>“Será q eu lembro todos agora?” “Na cozinha tu quer... dar uma olhadinha?” “Do quarto eu sei te dizer... lextotam 3mg... pra dormir, realmente pra acalmar os nervos e não subir a pressão” “Omeprazol, pro estômago” “Tomo alendronato 70mg”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de oito medicamentos de uso contínuo e tinha parcial conhecimento de sua terapia. Não conhecia todos os nomes, indicações, posologias e doses de sua terapia. Quando fomos ver os medicamentos é que recordou.</p>	<p>Compreende parcialmente sua terapêutica</p>
Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4		
<p>“pra melhorar a minha visão” “usa pra coração...” “...eu tenho artrose, também to usando.” “pra pressão alta” “cardizem, captopril, sinvastatina...” “pros nervostomo bromazepam de noite...” “e sustrate eu to tomando” “e to tomando, ããã peraf eu vou pegar a caixinha.” “esse aqui eu uso todo dia (mostrou o complexo b), ah o cittä 20mg.”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de dez medicamentos de uso contínuo e tinha parcial conhecimento de sua terapia . Não conhecia somente os nomes e doses de dois seus medicamentos. Recordou-se quando fomos ver os medicamentos.</p>	<p>Compreende parcialmente sua terapêutica</p>
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
<p>“Redoxon zinco em jejum ...só que eu</p>	<p>Entrevistado fazia uso de sete</p>	<p>Compreende</p>

<p>não vou saber dizer o que que é...” “Outro que eu não me lembro, preciso ver a receita, tem que ver aonde que eu deixei.” “Eu tomo glimepirida em jejum ... sou uma pré-diabética.” “carbonato de cálcio, vitamina d e magnésio ... tô com um pouquinho de osteoporose.” “Hidroclorotiazida, né, é um diurético.” “Enalapril 20mg ... me ajudou pra minha pressão.” “Sinvastatina...é pro colesterol.”</p>	<p>medicamentos de uso contínuo e tinha parcial conhecimento de sua terapia . Não conhecia todos os nomes, indicações, posologias e doses de sua terapia. Não permitiu que fôssemos até o local onde guardava seus medicamentos.</p>	<p>parcialmente sua terapêutica</p>
Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6		
<p>“Esse é pra, como é que é, sabe.... diabetes! Esse, não sei como se chama esse”</p>	<p>Entrevistado tinha desconhecimento de sua terapia.</p>	<p>Não compreende sua terapêutica</p>
Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7		
<p>“Pra diabetes, pressão alta, praaa.... soltar a água ... pro estômago...”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de cinco medicamentos de uso contínuo e tinha parcial conhecimento de sua terapia. Não conhecia todos os nomes, indicações, posologias e doses de sua terapia. Não permitiu que fôssemos até o local onde guardava seus medicamentos.</p>	<p>Compreende parcialmente sua terapêutica</p>
Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8		
<p>“É um é pra pressão alta, outro... é pra cabeça, né?” “E o outro é pra... pra urinar, não me lembro o nome agora...”</p>	<p>Entrevistado fazia uso de três medicamentos de uso contínuo e tinha parcial conhecimento de sua terapia . Não conhecia todos os nomes, indicações, posologias e doses de sua terapia.</p>	<p>Compreende parcialmente sua terapêutica</p>

Tabela 3. Unidade contextual: Armazenamento de medicamentos

Grupo 1: Observação direta das condições de armazenamento

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 2 – Armazenamento dos medicamentos		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“Tá bem guardadinho como meu médico mandou, porque às vezes eu esqueço. Eu tenho uma caixinha que o médico me deu.” “Ah, eu posso pegar a caixinha.”	Armazena os medicamentos na cozinha, dentro de um organizador de comprimidos, e na despensa de alimentos.	Cozinha
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“Ali em cima do balcão, pra mim me lembrar de tomar...”	O local de armazenamento de medicamentos é a cozinha. O local ajuda o paciente a aderir ao tratamento.	Cozinha
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“Na cozinha e no quarto, uns que eu tomo lá e outros que eu tomo cá.”	O entrevistado mantém os medicamentos no quarto e na cozinha para facilitar a adesão ao tratamento, pois precisa tomar alguns em jejum e outros antes de dormir.	Cozinha e quarto
Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4		
“Num armário, especialmente só pra remédios.” “Em cima da geladeira”	O local de armazenamento de medicamentos é a cozinha. O entrevistado não tem conhecimento de que a umidade cedida pela geladeira pode alterar as características físico-químicas dos medicamentos.	Cozinha
“Eu me preocupo quando tem criança...” “Ah, levanta, levanta pro alto quando vem criança”	O entrevistado toma medidas preventivas para evitar intoxicações.	Preocupação com intoxicações
Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6		
“Sim, guardo ali em cima do armário!!!”	Entrevistado guarda seus medicamentos na cozinha.	Cozinha
Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8		
“Tenho em cima do balcão.” “É a reserva eu guardo. Esse vem um pacote pro mês inteiro, o outro vem uma caixinha de 100cpr, daí eu guardo.”	O entrevistado mantém os medicamentos no quarto e na cozinha	Cozinha e quarto

Grupo 2: Observações baseadas no relato dos entrevistados

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
“Eu tenho uma caixinha especial...” “Na cozinha, ali no armário.”	Entrevistado guarda seus medicamentos na cozinha.	Cozinha
“Agora eu cuido quando vêm crianças eu tiro a caixa” “Ponho no meu quarto, fecho no quarto, porque pode... imagina abre ali e tomam.”	O entrevistado toma medidas preventivas para evitar intoxicações.	Preocupação com intoxicações
Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7		
“Tenho uma caixinha lá dentro.” “Em cima de uma sapateira.”	O entrevistado guarda seus medicamentos no quarto.	Quarto

Tabela 4. Unidade contextual: Medicamentos com validade expirada

Grupo 1: Observação direta das condições de armazenamento

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 3 – Medicamentos com validade expirada		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“Coloca numa sacola no lixo seco.”	O local de descarte dos medicamentos vencidos é no lixo seco.	Lixo Seco
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“Jogo no lixo.” “Sim. (referindo-se a colocar líquidos na pia antes de descartar os frascos)” “O líquido primeiro eu jogo fora, lavo o vidrinho e daí eu boto fora”	O local de descarte dos medicamentos vencidos é no lixo seco e pia. O entrevistado não coloca sobras de medicamentos líquidos direto no lixo.	Lixo seco e pia
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“ele coloca na horta e enterra...”	O descarte dos medicamentos vencidos é feito na horta, onde são enterrados.	Horta
“A gente não bota no lixo porque pode uma criança pegar.”	Existe uma consciência social e uma preocupação para que o modo de agir do entrevistado não prejudique outras pessoas.	Consciência social
Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4		
“Jogo no lixo.” “...boto no lixo, não, no fogo.” “eu despejo, jogo só a embalagem.” “...não assim na rua, na horta.”	O local de descarte das embalagens dos medicamentos vencidos é no lixo seco. O entrevistado queima ou joga na horta os comprimidos ou líquidos vencidos.	Lixo seco e horta
“Nunca se sabe onde tem reciclagem pode ter uma pessoa, até biotônico, eu não quero daqui a pouco q uma pessoa...”	Existe uma consciência social e uma preocupação para que o modo de agir do entrevistado não prejudique outras pessoas.	Consciência social
“Eu sou muito caprichoso, muito orientada da minha mãe. Ela sempre disse isso nunca se bota porque pode envenenar outra pessoa. não por querer, né...” “por isso fui muito bem criada”	O entrevistado foi ensinado pelos seus antepassados de suas atitudes poderiam prejudicar o próximo.	Cultura
Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6		
“Eu não olho, nem sei onde eles tão.”	Entrevistado não se envolve com este assunto. Isso é responsabilidade da filha dele.	Alienação
Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8		
“Não eu não, isso é com a mulher”	Entrevistado não se envolve com este assunto. Isso é responsabilidade da esposa dele.	Alienação

<p>“O certo é a gente empacotar e levar no postinho de volta, né?” “Se sobrou tantos comprimidos que tá vencido, não presta mais, eles que consome com eles lá.”</p>	<p>O entrevistado acredita que a unidade de saúde deveria descartar estes medicamentos vencidos.</p>	<p>Falta de orientação</p>
---	--	----------------------------

Grupo 2: Observações baseadas no relato dos entrevistados

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
<p>“Eu botei no fogão a lenha, se é líquido, ponho na pia.” “Quando eu fazia injeção na mamãe... descartava lá no hospital, dentro da caixa dos...”</p>	<p>O local de descarte das embalagens dos medicamentos vencidos sólidos é no fogão a lenha e os líquidos na pia. As seringas e agulhas eram descartadas no Descarpack.</p>	<p>Fogão a lenha e pia</p>
Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7		
<p>“Eu pego coloco num saquinho e bota no lixo.”</p>	<p>O local de descarte dos medicamentos vencidos é no lixo seco.</p>	<p>Lixo seco</p>
<p>“Eu olho, mas não enxergo por causa dos óculos, né, fica meio apagado...” (referindo-se a data de validade impressa nos medicamentos)</p>	<p>O entrevistado declara que é difícil de visualizar a data de vencimento impressa nos medicamentos.</p>	<p>Adequação do produto</p>

Tabela 5. Unidade contextual: Manter medicamentos em domicílio

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 4 – Manter medicamentos em domicílio		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“Pra me ajudar”	O fato de que os medicamentos que o entrevistado armazenavam em casa tinham sido receitado pelo médico fazia com que ela acreditasse que eles a ajudariam em situações posteriores	Acreditação profissional
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“Pra uma emergência, se dá um resfriado ...ou come uma coisa q faz mal...”	Manter medicamentos em casa permite poder atender pequenas emergências de saúde.	Cultura de automedicação
“Por uma simples dor de cabeça, ou um resfriado, não é preciso ir no médico.”	Não acredita que pequenos problemas de saúde necessitem de consultas médicas para serem resolvidos. Além disso, aqui o entrevistado reforça a imagem da autoconfiança ao adquirir os seus medicamentos sem interferência médica.	Cultura de automedicação
“Para isso eu tenho o medicamento em casa, tomo e já tô boa.”	Este discurso evidencia que o entrevistado identifica seus problemas de saúde mais simples e pensa ser natural buscar soluções por si próprio..	Cultura de automedicação
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“Porque quando tem uma dor de cabeça, ou dá uma dor no estômago, come uma coisa errada, não vai correr logo pro médico???”	Manter medicamentos em casa permite poder atender pequenas emergências de saúde.	Cultura de automedicação

<p>“Geralmente eu leio a bula”</p>	<p>Não acredita que pequenos problemas de saúde necessitem de consultas médicas para serem resolvidos. Além disso, aqui o entrevistado reforça a imagem da autoconfiança ao adquirir os seus medicamentos sem interferência médica. A leitura da bula dá segurança ao entrevistado.</p>	<p>Cultura de automedicação</p>
<p>“O médico e às vezes um vizinho que diz, ah esse aqui é bom...a vizinhança, um ajuda o outro, eu já tomei me fez bem, então a gente tenta também.”</p>	<p>Crença de que o que faz bem para o vizinho também fará bem ao entrevistado.</p>	<p>Cultura de automedicação</p>
<p>“Daí eu leio a bula primeiro. vê se tem alguma coisa... as contra indicações, os efeitos colaterais também.”</p>	<p>O entrevistado busca informações, esclarece suas dúvidas através da bula antes de se automedicar.</p>	<p>Cuidados na automedicação</p>
<p>“Pra facilitar, porque tudo é meio longe pra conseguir um médico aqui, precisa de carro, e às vezes não tem ninguém em casa.”</p>	<p>A falta de acesso aos locais de aquisição dos medicamentos promove o acúmulo de medicamentos em casa.</p>	<p>Acessibilidade</p>
<p>“...médico se ele acha que eu posso tomar uma coisa, daí eu me prejudico mais do que se eu tomo uma coisa que eu já conheço.” “Já me aconteceu por receita médica e eu ficar ruim, ruim mesmo, tive que trocar toda a medicação...”</p>	<p>O médico pode prescrever medicamentos sem pensar nas consequências para o paciente, transmitindo um sentimento de desacreditação profissional.</p>	<p>Desacreditação médica</p>
<p>“Se eu tomo uma coisa que eu já conheço que eu sei que não me prejudica da úlcera, por isso tem coisas em casa.”</p>	<p>O entrevistado mantém medicamentos que ele já conhece em casa como uma forma de autocuidado. Isso lhe promove segurança e alivia seu receio a que medicamentos lhe prejudiquem.</p>	<p>Segurança</p>
<p>“Tem vezes que a letra é muito pequenininha, alguns laboratórios, deveria ter...” “É, eu tenho uma lupa.”</p>	<p>A bula traz letras muito pequenas o que dificulta a sua leitura. Problema do produto</p>	<p>Problema no produto</p>
<p>Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4</p>		
<p>“Tô sozinha em casa, eu não tenho ninguém, eu to morando sozinha...”</p>	<p>O fato de morar sozinha faz com que o entrevistado veja necessidade de ter medicamentos que lhe ajudem em caso de uma emergência de saúde.</p>	<p>Segurança</p>

<p>“Eu posso ir na farmácia e posso comprar, porque aquilo me ajuda, porque eu tenho tanta fé nele...” (referindo-se ao médico)</p> <p>“Porque é o meu médico, eu tenho confiança nele.”</p>	<p>Mantém em casa medicamentos que o médico lhe receitou por telefone e por isso sente-se segura em manter esses medicamentos em casa. (referindo-se aos medicamentos em desuso)</p>	<p>Acreditação médica</p>
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
<p>“Eu não costumo ter medicação em casa e também não tomo nada sem prescrição médica”</p>	<p>Entrevistado não mantinha medicamentos em casa, além daqueles de uso contínuo.</p>	<p>Não mantém medicamentos em desuso no domicílio</p>
<p>“Não precisa!!! (aumentou a voz), não tô acostumada a ter medicação em casa!!!”</p> <p>“Se eu talvez teria em casa eu iria dar e isso eu não posso fazer”</p>	<p>O entrevistado considera que as pessoas com as quais convive poderiam solicitar medicamentos devido a sua profissão ser da área da saúde</p>	<p>Responsabilidade profissional</p>
<p>“Eu não tenho costume, desde da minha casa, meu pai nunca teve”</p>	<p>Os ensinamentos passados pelos seus pais fizeram com que ela não acredite ser necessário manter medicamentos em casa.</p>	<p>Cultura</p>
Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6		
<p>“Como que não, daí eu posso tomar.” (referindo aos medicamentos de uso contínuo).</p>	<p>Entrevistado só tinha conhecimento sobre os medicamentos de seu uso. Não tinha conhecimento nenhum sobre os demais medicamentos existentes na casa.</p>	<p>Alienação</p>
Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7		
<p>Eu vou deixando ali, né? Porque a gente pensa o que eu vou fazer com esses remédios</p>	<p>Entrevistado declara que não sabe o que fazer com os medicamentos que sobram em seu domicílio.</p>	<p>Desinformação</p>
<p>“Eu vou guardando, porque sobra uma quantidade e daí eu vejo se vale e daí eu tomo.”</p> <p>“Porque eu já tomei, daí pra pressão, aquele pra diabetes, daí eu sei que é pra aquilo, se eu não sei eu não tomo.”</p>	<p>A sobra de medicamentos no domicílio são reutilizadas visto que o entrevistado declara que já conhece a indicação daqueles medicamentos.</p>	<p>Reutilização de medicamentos</p>
Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8		
<p>“Porque a gente mora longe, né? se não comprar pro mês todo, é difícil, pegar ônibus e gastar, ir até Dois irmãos e voltar.”</p>	<p>A falta de acesso aos locais de aquisição dos medicamentos promove o acúmulo de medicamentos em casa.</p>	<p>Acessibilidade</p>

Tabela 6. Unidade contextual: Aquisição dos medicamentos

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 5 – Aquisição dos medicamentos		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“A gente tem que comprar, aí mas esse micardis é caro...”	O entrevistado compra seus medicamentos e isso onera muito o seu orçamento.	Compra
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“Não eu tô comprando tudo!!!”	O entrevistado está comprando todos os seus medicamentos, mas fala isso de modo enfático, demonstrando saber a importância da aquisição dos medicamentos em sua vida.	Compra
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“Olha a maior parte é comprada, eu tenho o aas que eu ganho da prefeitura, ... o sustrate eu não tenho, nem o amiodarona. Só consigo o metformina pela prefeitura e ooo.... do estômago.”	Consegue parte de seus medicamentos na unidade pública de saúde e o restante compra na farmácia.	Compra e consegue no SUS
Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4		
“Não sempre o sinvastatina, captopril eu to ganhando e o omeprazol, o resto e to comprando tudo.”	Consegue parte de seus medicamentos na unidade pública de saúde e o restante compra na farmácia.	Compra e consegue no SUS
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
“Então eu vou e me cadastrei e recebo lá o enalapril, aas e... hidroclorotiazida.”	Consegue parte de seus medicamentos na unidade pública de saúde e o restante compra na farmácia.	Compra e consegue no SUS
Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6		
“Uns eu ganho no posto, mas outros eu tenho que comprar porque não tem no posto.”	Consegue parte de seus medicamentos na unidade pública de saúde e o restante compra na farmácia.	Compra e consegue no SUS
Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7		
“No postão, agora eu pego ali embaixo no salão, eu vou lá.”	Consegue todos os medicamentos na unidade pública de saúde.	Consegue no SUS
Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8		
“Ganho no posto. quando não tem, tem que comprar, mas é difícil, às vez falta.”	Consegue todos os medicamentos na unidade pública de saúde.	Consegue no SUS

Tabela 7. Unidade contextual: Utilização de Terapias alternativas

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 6 – Utilização de Terapias alternativas		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“Eu tomo chá, mas é difícil.” “E chá eu não consigo, folha de laranja ou melissa, é só, outros eu não consigo”	Faz uso de chás esporadicamente.	Utiliza chás
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“Esses eu uso diariamente no chimarrão, já muda o gosto e faz bem, porque o cidró diz q baixa a pressão.” “Unir o útil ao agradável.”	Usa terapia alternativa como uma forma de complemento ao seu tratamento.	Otimização da terapia alopática
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“Sim, isso aqui e muito chá, eu tomo chá todo dia.”	Além disso, nesta residência havia produção doméstica de ervas medicinais e o entrevistado menciona que prefere a terapia alternativa à alopática.	Utiliza chás
“Ai são dos antepassados, meus pais os pais dele todos tem na horta.”	Existe um cultura dos antepassados do entrevistado para o uso de terapia alternativas.	Cultura
“Primeiro a gente tenta resolver com ervas medicinais ” É e se daí não ajuda a gente procura ajuda médica”	Antes de procurar um médico procura resolver seus problemas com ervas medicinais.	Primeira escolha de terapia
Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4		
“...o alecrim é muito bom pro coração, pra circulação do sangue.”	Usa terapia alternativa como uma forma de complemento ao seu tratamento.	Otimização da terapia alopática
“O boldo, assim, porque eu participo muito das palestras, porque quando eu levo as pessoas assim. o boldo e a cavalinha, eu vi que fazia muito mal pros homens pra próstata e o boldo era muito fácil de ganhar câncer de seio...”	O entrevistado menciona o fato de conseguir informações através de um grupo social.	
Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5		
“Em casa nem no medico não tinha, eu começo com chá com todo mundo, ai eu vou indo.”	O entrevistado menciona que prefere a terapia alternativa à alopática.	Primeira escolha de terapia

<p>“O chá é tudo, o chá é ótimo, ele não prejudica, tem que saber fazer-lo e saber tomar, né?”</p>	<p>Pensa que ervas medicinais não fazem mal. Antes de procurar um médico procura resolver seus problemas com ervas medicinais.</p>	<p>Natural não faz mal</p>
<p>Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6</p>		
<p>Filha respondeu por ele</p>		
<p>Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7</p>		
<p>Eu ia tentar fazer chá, né, que eu sei que é bom, né? (referindo-se a optar pela terapia alternativa à alopática) “...tem um monte de chá que é bom pra isso.”</p>	<p>O entrevistado menciona que prefere a terapia alternativa à alopática e que poderia trocar seus medicamentos por ervas medicinais, pensa que elas não fazem mal.</p>	<p>Primeira escolha de terapia</p>
<p>Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8</p>		
<p>“Eu tomo branquilha, que é pra reumatismo, sabugueiro, bom pra gripe também, e esse branquilha é bom pra dor nos ossos, enxume, ...tomo o cavalinha, pra bexiga, pra pressão, ajuda um pouco, né, só que eu não tomo todo dia, tomo de vez em quando, tomo chimarrão” “Daí eu uso anti-coral se uma aranha morder... Não é chá, daí é remédio. contra veneno. Depende a farmácia tem, mas eu comprei na, na casa... na pecuária.”</p>	<p>Tem costume de usar ervas medicinais. Adiciona a terapia alternativa à alopática a fim de otimizar o resultado dos medicamentos.</p>	<p>Otimização da terapia alopática</p>

Tabela 8. Unidade contextual: Significado dos medicamentos para os idosos

Unidades Contextuais	Transformação em linguagem gerontológica	Categoria
Unidade 7 – significado dos medicamentos		
Sujeito AWPC82 – Entrevistado 1		
“...sentir melhor”	O entrevistado imagina que os medicamentos trazem bem-estar	Bem-estar
“...viver, continuar vivendo...” “...ai pra que que eu tomo, já chega pra mim!” “...mas eu penso eu tenho filho, tenho netos” “P. quer dizer chega de viver? E. é!!!! P. daí pararia de tomar o medicamento pra parar? E. isso. Se Deus diz que não tá na hora pra mim, daí tem que tomar”	Considera que o uso de medicamentos é um modo de conseguir enfrentar os problemas da vida da melhor forma. É uma garantia de continuar vivendo. Continua ainda tomando os medicamentos a fim de conseguir ajudar os familiares.	Condição essencial de vida
“...gente faz toda a força pra viver bem, viver em paz com Deus e outras pessoas do mundo.”	Entende que os medicamentos tornam possível que ela tenha um relacionamento social saudável.	Interação social
Entrevistado VWGI75 – Entrevistado 2		
“A maneira de poder viver melhor...” “Porque a verotina me deixa mais disposta”	O entrevistado imagina que os medicamentos trazem disposição e bem-estar.	Bem-estar
“sem os remédios eu não podia viver sem...” “...eles chegam em primeiro lugar. eu chego nessa idade por causa dos meus remédios.” “...se eu não tivesse tomando meus remédio eu não ia tá, ããã tão bem como eu tô assim.”	Percebe o medicamento como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são os responsáveis pela idade que atingiu, assim como por ter uma boa saúde.	Condição essencial de vida
“...se eu noto que minha pressão tá alta e é pra pegar o ônibus pra sair, já não pego, porque eu tenho medo, não é?” “que pode alterar mais, tem que ficar em casa quietinho...”	Os medicamentos trazem segurança ao entrevistado para que ele tenha autonomia para realizar suas atividades habituais normalmente, assim como integração social.	Interação social
Entrevistado ERPC63 – Entrevistado 3		
“viver com saúde, porque traz a saúde, bem-estar...”	O entrevistado acredita que os medicamentos trazem bem-estar e saúde.	Bem-estar
“...pra viver mais, prolongar a vida, eu acho” “sem os remédios eu não sei se eu viveria” “a gente fica escravo dos remédios...”	Percebe o medicamento como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são os responsáveis pela idade que atingiu. Acredita que o medicamento causa dependência física e psicológica.	Condição essencial de vida

<p>“disposição pra sair, pra caminhar, pra trabalhar...” “tá mal, tá ruim, não toma alguma coisa, tá lá em cima de uma cama”</p>	<p>O medicamento contribui para que o entrevistado mantenha normalmente suas atividades sociais. Ele acredita que, se não tomar-lo, ficará enfermo.</p>	<p>Interação social</p>
<p>Entrevistado FAPI76 – Entrevistado 4</p>		
<p>“Ah, me ajudam muito” “...me dá uma outra vida” “Essa vida que eu tenho ânimo, sabe, e eu me sinto melhor, sabe eu não fico cansada...”</p>	<p>A concepção de bem-estar traz com ela o significado de bem estar físico, mental e social.</p>	<p>Bem-estar</p>
<p>“...esses cpr eu não posso faltar, esses me ajudam muito.” “ah, eu não vivia mais!” “se eu não tinha daí eu acho q eu tava morta” “...primeiro lugar os medicamentos. E depois dos medicamentos eu consigo tudo”</p>	<p>Percebe o medicamento como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são os responsáveis por ainda estar vivendo. Comenta que os medicamentos são de vital importância em sua vida.</p>	<p>Condição essencial de vida</p>
<p>“posso trabalhar, porque eu tenho uma vontade de trabalhaaaaar...” “isso me ajuda daí eu posso andar, caminhar, então...”</p>	<p>O medicamento contribui para que o entrevistado mantenha normalmente suas atividades habituais e sociais.</p>	<p>Interação social</p>
<p>”Dá, segurança, sim, sim, quando eu vou sair, agora pra Gravatal, todos os meus cpr em primeiro lugar.” “Na mala, primeira coisa que eu boto é os cpr...” “ah graças a Deus eu levei, porque daí eu estou.... Vai dar tudo certo, isso que eu fico pensando.”</p>	<p>Os medicamentos trazem segurança para que o entrevistado possa manter suas relações sociais. Acredita que se tomar-los corretamente, tudo ocorrerá da maneira certa.</p>	<p>Segurança</p>
<p>Entrevistado LKCO64 – Entrevistado 5</p>		
<p>“...representa uma ajuda pra manter um equilíbrio.” “Bah, estaria com osteoporose, feia talvez.” (referindo-se a não tomar mais medicamentos)</p>	<p>O entrevistado acredita que os medicamentos trazem bem-estar, saúde e boa aparência.</p>	<p>Bem-estar</p>
<p>“...não sei como é que eu estaria, talvez tomando também, mas não risedross, que é caríssimo, outra medicação que é mais barata como o povo talvez se medica... como eu tenho um pouco mais de condição... graças a deus, né, lutei pra isso.”</p>	<p>Entrevistado relaciona sua boa aparência e saúde com o fato de usar medicamentos mais inovadores, de última geração e que são mais caros.</p>	<p>Estado de saúde dependente do preço de medicamentos</p>
<p>Entrevistado AFPC81 – Entrevistado 6</p>		
<p>“Bom pra saúde, ajudar na saúde.”</p>	<p>O entrevistado acredita que os medicamentos ajudam em sua saúde.</p>	<p>Saúde</p>
<p>“...viver mais tempo” “pode ser que vai terminar, bem dizer, então.”</p>	<p>Percebe o medicamento como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são os responsáveis pela idade que atingiu.</p>	<p>Condição essencial de vida</p>

<p>“Primeiro quando tomei eles, fiquei sempre meio tonto, um pouco. Agora não sinto mais tanto.”</p> <p>“Sim, mas eles são doutor, sabem mais do que eu, estão me ajudando.” (referindo-se aos efeitos adversos dos medicamentos).</p>	<p>Entrevistado experimenta efeitos adversos que o incomodam e o fazem duvidar um pouco do tratamento; mas, como o médico prescreveu os medicamentos, ele deve tomar.</p>	<p>Descrença na terapia</p>
<p>Entrevistado MLPI62 – Entrevistado 7</p>		
<p>“A gente tem que tomar, se a gente não tomar piora tudo..”</p> <p>“Seria péssima, né?”</p> <p>“Ué, ele protege um pouco, né, porque se a gente precisa tomar, acalma, melhora, não precisa ir consultar.”</p>	<p>O entrevistado declara que os medicamentos trazem bem-estar. O fato de estar tomando os medicamentos faz com que acredite que não necessita consultar.</p>	<p>Bem-estar</p>
<p>“Acho que sim” (referindo-se a viver sem medicamentos)</p>	<p>Considera que os medicamentos não são essenciais para continuar vivendo.</p>	<p>Condição não essencial para vida</p>
<p>Entrevistado VSPI61 – Entrevistado 8</p>		
<p>“É pra sobreviver.”</p> <p>“Eu tava morto, eu acho.”</p> <p>“Se eu parasse, podia ter morrido.”</p>	<p>Percebe o medicamento como uma condição essencial de vida. Os medicamentos são os responsáveis por ainda estar vivendo.</p>	<p>Condição essencial de vida</p>
<p>“É mais seguro tu tomar do que não tomar. Já foi feito isso aí pra tomar continuado.”</p>	<p>Os medicamentos trazem segurança e devem ser usados continuamente.</p>	<p>Segurança</p>
<p>“Sim, tu tem que ir no médico e ele diga tu pode parar de tomar esse, esse e diminuir esse, mas parar com tudo por conta, não consigo.”</p> <p>“Eu tô errado, porque o médico não cortou o remédio.”</p>	<p>Acredita que precisa continuar tomando seus medicamentos porque o médico não autorizou sua suspensão.</p>	<p>Confiança no profissional da saúde</p>

**APÊNDICE E: RESPOSTAS ACEITAS PARA SELEÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS
DO ESTUDO PIRSAM**

Identificação:

Nome: _____

Endereço/localidade: _____

Bairro/distrito: _____

CEP (se houver) _____

Telefone para contato: Fixo: (____) _____

Celular: (____) _____

Inf. Adicional (melhor horário para contato): _____

Característica do local onde o idoso reside: () meio rural (X) meio urbano

Entrevista foi conduzida com:

(X) somente participante () participante e Acompanhante/cuidador

() somente Acompanhante/cuidador

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Em que ano estamos? (X) correto () incorreto

Em que mês estamos? (X) correto () incorreto

Em que dia do mês estamos? (X) correto () incorreto

DGI6. Escolaridade: (ESCOLHA SIMPLES)

() 1.não alfabetizado (não sei ler ou escrever, mesmo que tenha estudado)

() 2.alfabetizado (não fez a 1ª série) (X) 3.primário incompleto (1ª a 3ª série)

(X) 4.primário completo (4ª série) (X) 5.ginásial incompleto (5ª a 7ª série)

(X) 6.ginásial completo (8ª série) (X) 7.complementar (técnicos pós ginásial)

(X) 8.secundário completo (X) 9.secundário incompleto

(X) 10.superior completo (se mais que 1 ano) (X) 11.superior incompleto

(X) 12.pós graduação, mestrado etc. () 13.não sei

SAU16. Algum médico ou outro profissional de saúde disse que tinha ou tem alguma dessas doenças especificadas abaixo: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- 1.problemas do coração (angina, isquemia, infarto, arritmia cardíaca)
- 2.pressão alta
- 3.problemas intestinais (gastrite ou úlcera no estômago)
- 4.artrose, junta gasta ou reumatismo
- 5.infecções respiratórias 6.incontinência urinária
- 7.diabetes (açúcar no sangue) 8.incontinência fecal
- 9.infecção urinária (infecção na bexiga) 10.doença de Parkinson
- 11.osteoporose (enfraquecimento dos ossos) 12.outro tipo de tremor
- 13.câncer exceto de pele (ver abaixo) 14.depressão
- 15.esclerose múltipla 16.excesso de peso
- 17.epilepsia 18.pouco peso (perda de peso)
- 19.neuropatia periférica (fraqueza ou formigamento nas pernas)
- 20.ansiedade
- 21.derrame cerebral 22.demências ou Alzheimer
- 23.outra doença _____
- 25.não tive nenhuma dessas doenças (exclui as outras)

APÊNDICE F: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Nome do Paciente: _____

ORIENTAÇÃO NO TEMPO – 1 ponto para cada resposta correta

Em que ano nós estamos? _____

Em que estação do ano nós estamos? _____

Em que mês nós estamos? _____

Em que dia da semana nós estamos? _____

Em que dia do mês nós estamos? _____

ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO – 1 ponto para cada resposta correta

Em que Estado nós estamos? _____

Em que cidade nós estamos? _____

Em que bairro nós estamos? _____

O que é este prédio em que estamos? _____

Em que andar nós estamos? _____

REGISTRO (MEMÓRIA) – 1 ponto para cada palavra correta

Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são:

CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim.

[Permita cinco tentativas, mas pontue apenas a primeira]

ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] – 1 ponto para cada resposta correta

100-7 = 93 _____ 86-7 = 79 _____ 72-7 = 65 _____

93-7 = 86 _____ 79-7 = 72 _____ 65-7 = 58 _____

Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente. [Dê um ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado]

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO – 1 ponto para cada palavra correta

Peça: Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse? [Não forneça pistas]

LINGUAGEM 1 ponto para cada resposta correta

[Aponte o lápis e o relógio e pergunte]: O que é isto? (lápis) O que é isto? (relógio)

Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:
“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. 1 ponto para cada resposta correta

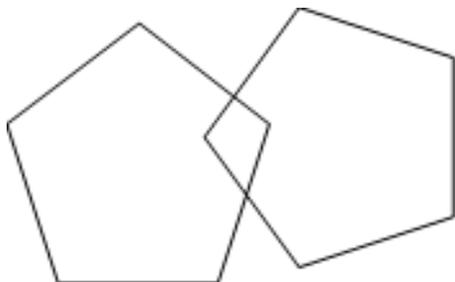
Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa: [pausa]
Pegue este papel com a mão direita [pausa] (1 ponto), com as duas mãos dobre-o
ao meio uma vez [pausa] (1 ponto) e em seguida jogue-o no chão (1 ponto).

Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha
com o comando: **FECHE OS OLHOS.**

Peça: Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça:
Escreva sobre o tempo. [Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em
branco e lápis ou caneta]

SENTENÇA:

Peça: Por favor, copie este desenho. [Apresente a folha com os pentágonos que se
interseccionam]



APÊNDICE G – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS


Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-536/10
Porto Alegre, 07 de maio de 2010.

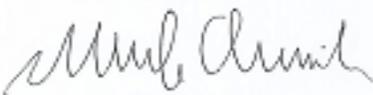
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/04987 intitulado "**A relação dos idosos com seus medicamentos**".

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Angelo Bós
IGG
Nesta Universidade

PUCRS | **Campus Central**
Av. Itália, 600 - Itandar - CEP: 91120-000
Sala 314 - Fone/Fax: (51) 3309-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/cepeg/cep