

A COMPREENSÃO DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA PELO IDOSO

Clóris Regina Klas BLANSKI^a
Maria Helena LENARDT^b

RESUMO

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório com o objetivo de investigar as dificuldades dos idosos com a terapêutica medicamentosa. A unidade amostral: idosos, ambos os sexos, integrantes da área de abrangência da unidade de saúde, totalizando 45 idosos. Os resultados demonstraram que os medicamentos mais utilizados por 24 idosos são os antihipertensivos. Os motivos que interferem na adesão ao tratamento: uso de várias medicações concomitantemente em 15 idosos; 5 idosos não entenderam a prescrição médica. Concluiu-se que o idoso consome várias medicações e apresenta dificuldade de entendimento, acarretando em discordância do tratamento imposto e possíveis prejuízos para a sua saúde.

Descritores: Preparações farmacêuticas. Enfermagem. Idoso.

RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo y explorativo con el objetivo de investigar las dificultades de los ancianos con la terapéutica medicamentosa. La unidad de muestreo: ancianos, de los dos sexos, integrantes del área de alcance de la unidad de salud, totalizando 45 ancianos. Los resultados demostraron que los medicamentos más empleados por 24 ancianos son los antihipertensivos. Los motivos que interfieren en la adhesión al tratamiento: el uso de varias medicaciones concomitantemente en 15 ancianos; 5 ancianos no entendieron la prescripción médica. Se concluye que el anciano consume varias medicaciones y presenta dificultades de entendimiento lo que acarrea discordancia del tratamiento impuesto y posibles perjuicios para su salud.

Descriptor: Preparaciones farmacéuticas. Enfermería. Anciano.

Título: La comprensión de la terapéutica medicamentosa por el anciano.

ABSTRACT

It is about a quantitative, descriptive and exploratory study with the objective of investigating the difficulties faced by the elderly regarding therapeutic medicaments. The sampling unit: elderly of both sexes, integrated into the area of the Health Unit totaling 45 subjects. The results have demonstrated that the most utilized medicaments were the antihypertensive ones. The reasons that interfere with adherence to the treatment: the use of several medications concomitantly by 15 elderly; 5 out of them have not understood the medical prescription. The drawn conclusion is that the elderly consume several medications and present understanding difficulties, resulting in non-agreement with the imposed treatment and possible damages to their health.

Descriptors: Pharmaceutical preparations. Nursing. Aged.

Title: Comprehension of therapeutic medication by the elderly.

^a Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Enfermeira do Programa de Saúde da Família da cidade de Ponta Grossa, Paraná. Professora colaboradora da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

^b Professora Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) valoriza os princípios de territorialização, vinculação com a população, garantia da integralidade na atenção à saúde, trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, ênfase na promoção à saúde com fortalecimento nas ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade, entre outros. Enfatizamos ainda as práticas de saúde humanizadas deste programa, buscando a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando o reconhecimento da saúde como direito à cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

A Unidade de Saúde do referido trabalho é composta de duas equipes do PSF, tendo uma área de abrangência de doze mil usuários aproximadamente, em grande parte, idosos. Da população idosa desta área de abrangência são inúmeros os usuários que fazem parte do programa de diabetes e hipertensão arterial, perfazendo uma média de 500 idosos.

O enfermeiro é um profissional, obrigatoriamente, integrante da equipe de trabalho do PSF, com atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando permanentemente cuidados e promovendo aspectos de educação⁽¹⁾. Isto exige do profissional um compromisso para assumir múltiplos papéis: de educador, de prestador de cuidados, consultor – sujeito a constantes solicitações e transformações da sua prática, inserida nas constantes mudanças que ocorrem no seu espaço de trabalho.

A trajetória do enfermeiro deste programa abrange funções assistenciais, administrativas e educativas, mantendo relacionamento com a equipe de trabalho, clientes, família e comunidade. Visto que o atendimento domiciliar é o **carro-chefe do programa**, faz-se necessária a interação com o usuário, sua família e o com o meio no qual está inserido.

Em nossas práticas diárias de assistência, desenvolvemos trabalhos com os idosos hipertensos e diabéticos, durante as visitas domiciliares e na dispensação de medicação. No que se refere à medicação distribuída na Unidade de Saúde PSF, ela é prescrita pelo médico via receituário, no qual consta o nome da medicação, dosagem, quantidade a ser fornecida, forma de preparo e instruções de uso. Após as orientações do médico, da equipe de enfermagem e do farmacêutico em algumas situações, constatamos por meio de observações empíricas a não adesão ao tratamento medicamentoso. Vários fatores podem estar interferindo neste processo, dentre eles o uso de várias medicações concomitantemente, o não entendimento da prescrição médica, a dificuldade de compreender as informações durante a dispensação, (causada pelo uso de uma linguagem inadequada para o idoso) entre outros. Há ainda a conseqüência indesejada da continuidade do problema de saúde e até mesmo a cronicidade das doenças apresentadas.

Diante dessa realidade, sentimos a necessidade de realizar investigação mais detalhada a respeito de nossas suposições e percepções acerca da não adesão ao tratamento medicamentoso pelo idoso usuário da unidade de saúde. Assim, o objetivo deste estudo é o de investigar as dificuldades pelas quais os idosos perpassam com a terapêutica medicamentosa.

2 A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E O IDOSO

O idoso, segundo a Lei n° 8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, “é aquele que conta mais de 60 anos”^(2:12277) (embora alguns autores entendam que o marco de 65 anos deve ser o mais aceito), pois parece ser a idade a partir da qual aumenta a incidência de problemas tais como: diminuição da acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, osteoporose, risco de quedas, de-

mência, depressão, isolamento, entre outros. Além disso, “biologicamente o envelhecimento é um processo contínuo do ser humano que não pode ser claramente definido, inclusive a nível biológico”^(3:80).

O desgaste físico que ocorre ao longo dos anos leva as pessoas a se considerarem como velhos. Assim, passa a ser idoso aquele que acumulou anos de vida e a vive de forma independente ou dependente de terceiros para suprir suas necessidades básicas do dia-a-dia.

Em 1987 já se observava que “o Brasil é um país que está envelhecendo, a faixa de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais, causando grande impacto no setor de saúde”^(4:200). Muitos idosos no Brasil são marginalizados, abandonados ou confinados em asilos por serem considerados incapazes, teimosos, impertinentes e problemáticos. Estão fora do mercado de trabalho, mesmo sabendo-se que muitos aposentados continuam trabalhando para a sobrevivência própria ou da família. Ao ficarem velhos, exauridos de suas forças, sem terem outras opções de bem viver, voltam-se contra si mesmos e acreditam que sua falta de saúde é decorrente do seu envelhecimento natural.

Sabe-se que os problemas de saúde ainda podem ser causados ou agravados pelo abandono e baixo nível sócio-econômico. Isto se torna mais intenso no caso de portadores de patologias múltiplas, situação mais comum no idoso, e naqueles que se encontram fragilizados pelo processo de envelhecimento e suas conseqüências.

O idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais do nosso Sistema de Saúde. O que se observa é que esse maior custo não reverte em benefícios, pois o idoso ainda não recebe uma abordagem médica ou multidisciplinar adequada em hospitais e unidade de saúde, justamente porque esses mesmos profissionais não tiveram formação e capacitação apropriada para o tratamento dessa faixa etária.

O envelhecimento e os problemas de saúde relacionados não podem ser utilizados como motivo de marginalização, abandono e descaso com o idoso, daí a importância das campanhas e projetos em saúde pública. Entretanto, os projetos relacionados aos idosos ainda são incipientes, pois é necessário viabilizar ações programadas que estimulem a qualidade de vida, para qual os idosos poderiam ser motivados a crescer em relação à sua integridade pessoal e a exercer sua cidadania, direito este garantido pela própria constituição.

Estima-se que “aproximadamente 500.000 idosos encontram-se confinados ao leito, seja no domicílio ou leitos hospitalares, ou em outros tipos de instituições, sem acesso de medidas de intervenção adequadas, capazes de tratar, reabilitar ou cuidar”^(5:57), essa situação provoca grandes questionamentos no que diz respeito à prática da saúde.

As ações programadas concernentes à terapia medicamentosa que envolve o idoso são de suma importância diante dos dados aqui citados. Baseadas na literatura e em observações de nossa prática assistencial, concluímos que os medicamentos estão sendo consumidos de forma inadequada e dos mais variados modos.

Atualmente, o diferente número de medicações fabricadas comercialmente para distribuição, têm aumentado em grande escala. Centenas de novos produtos medicamentosos são lançados a cada ano, e a equipe de saúde e o idoso são continuamente desafiados a manterem-se atualizados com esses produtos. “No mercado nacional existem atualmente cerca de 1.500 fármacos com aproximadamente 5.000 nomes comerciais, apresentados sob cerca de 20.000 formas farmacêuticas e embalagens diferentes”^(6:28). Neste vasto universo de possibilidades, ao contrário do que se pensa, a utilização de vários e novos medicamentos não garante maior benefício ao paciente, pois junto com as vantagens das possibilidades terapêuticas surge o risco de efeitos indeseja-

dos, interações medicamentosas e cronicidade dos problemas de saúde, provocados em sua grande maioria pela falta de entendimento das informações repassadas acerca da terapêutica medicamentosa.

Nesta perspectiva, o crescimento da população idosa evidencia vários problemas relativos à saúde com conseqüente necessidade da medicação. O uso de medicamentos é uma prática que pode levar a resultados indesejáveis, dentre eles, o não seguimento correto das orientações médicas e de enfermagem, oportunizando sérias complicações para o idoso.

Segundo Coimbra e Cassiani, “uma das atribuições, merecedora de reflexão da prática de enfermagem, é a administração de medicamentos envolvendo aspectos legais e éticos sobre a prática profissional”^(7:57). Nesta perspectiva pensamos que o profissional enfermeiro precisa ajudar os pacientes com dificuldades a estabelecer um sistema ordenado e seguro de tomar a medicação correta e na dose adequada, conseqüentemente realizar treinamento com toda a equipe para que esses usuários possam realizar seu tratamento medicamentoso com eficiência, qualidade e segurança.

Diante desta realidade, é possível detectar a adesão incorreta ao tratamento medicamentoso ou o seu abandono resultando como conseqüências indesejáveis a cronicidade dos problemas de saúde ou, até mesmo, a intoxicação medicamentosa, que pode ocasionar sérias conseqüências para o idoso.

Grande número de trabalhos tem demonstrado que o cumprimento reduzido de um medicamento prescrito é importante impedimento para o efetivo tratamento das inúmeras doenças existentes. Em um deles, está claro que

a prevalência do não seguimento da terapia medicamentosa no crescente grupo, constituído de idosos, tem levantado questões relativas ao efeito dessa variável sobre os ensaios clínicos de novas drogas, podendo com-

prometer até certo ponto a capacidade de se estabelecer taxas verdadeiras de eficácia e toxicidade de qualquer agente farmacológico administrado^(8:6).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como quantitativo, descritivo exploratório e foi desenvolvido na Unidade de Saúde Programa Saúde da Família (PSF), na cidade de Ponta Grossa, no Paraná. A unidade amostral do estudo foi: idosos de ambos os sexos que faziam parte da área de abrangência da unidade. A amostragem foi definida por microárea de abrangência das agentes comunitárias de saúde que são em número de cinco (5). Cada agente comunitária ficou responsável por coletar as informações dentro de sua microárea de abrangência e o período amostral aconteceu de agosto de 2002 a setembro de 2002, perfazendo um total de quarenta e cinco (45) idosos dispostos nas cinco (5) microáreas.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de seleção para a participação do estudo: ser idoso acima de sessenta (60) anos; fazer parte da área de abrangência da unidade e utilizar algum tipo de medicação.

A coleta de dados, para posterior análise, foi realizada no domicílio do usuário e após as consultas médicas dos idosos no próprio espaço físico da unidade de saúde.

Para as entrevistas, foi elaborado um questionário pré-estabelecido para dirigir as perguntas e registrar as respostas dos idosos, as quais foram respondidas oralmente.

O instrumento de coleta de dados consistiu-se de cinco (5) perguntas fechadas caracterizadas como dados de identificação e cinco (5) perguntas fechadas, correspondente às questões específicas do problema do estudo. Diante de alguma impossibilidade de o idoso participar das entrevistas, ele foi substituído ou representado por um familiar ou acompanhante. A coleta de dados foi realizada no período de 01.08.2002 a 31.09.2002.

Foram respeitados os aspectos éticos, fazendo constar à assinatura do paciente, ou do responsável no termo de consentimento livre esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que rege pesquisas com seres humanos⁽⁹⁾. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Os achados que a pesquisa revelou foram processados manualmente. Realizou-se a análise dos dados por distribuição de frequência, com apresentação em números absolutos e percentuais. Para melhor visualização dos resultados, estes foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, seguidos de discussões associadas à literatura atual.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na apresentação e análise dos resultados da investigação, tentou-se promover discussões associadas à literatura pesquisada.

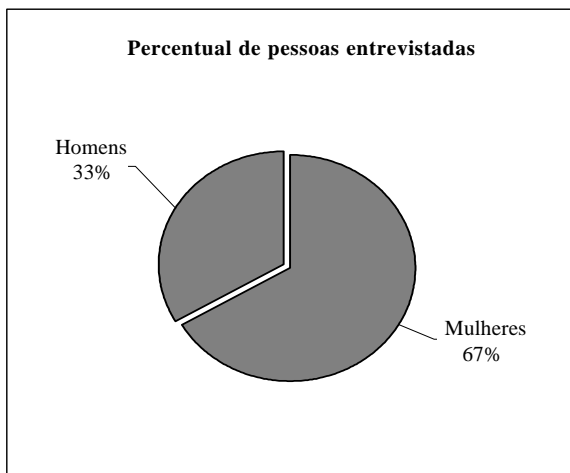


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes quanto ao sexo. Ponta Grossa, 2002.

Fonte: próprios autores.

Verifica-se no Gráfico 1 que 30 (67%) pacientes são mulheres e 15 (33%) são homens. Este dado pode ser justificado pelo fato de que a mulher vive mais que o homem, afinal,

no Brasil o aumento da expectativa de vida ao nascer tem sido mais significati-

vo no sexo feminino. Isto se deve a vários fatores, principalmente pela proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, mas também pelas mulheres apresentarem: condutas menos agressivas; menor exposição aos riscos no trabalho; maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde; maior utilização dos serviços de saúde, menor consumo de tabaco e álcool, etc.^(10:85).

O dado apontado no Gráfico 1 é significativo para o estudo, “40% dos idosos do sexo masculino contam com o cônjuge em caso de doença ou incapacidade”^(11:88). São várias as circunstâncias em que o idoso se transforma em cuidador; as mulheres, em sua grande maioria, cuidam de seus parceiros principalmente ao que diz respeito ao fornecimento da terapêutica medicamentosa. Nesse contexto “uma das tarefas mais complexas é a de cuidador cônjuge, a principal problemática desse arranjo é que o cuidador e o cuidado terão provavelmente uma situação social e de saúde muito semelhantes: será um cuidador que presta cuidados”^(12:179).

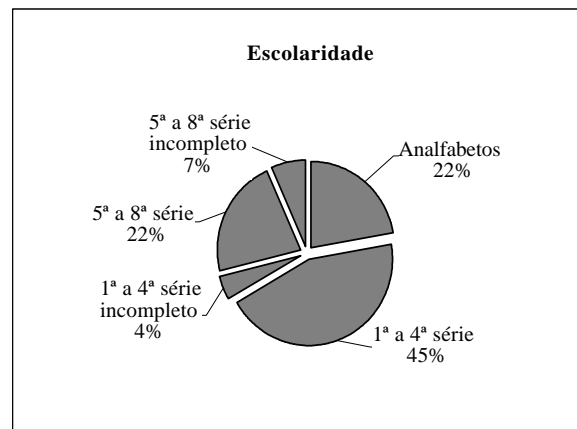


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade. Ponta Grossa, 2002.

Fonte: próprios autores.

Conforme o Gráfico 2, nota-se que 20 (44,4%) dos idosos cursaram da 1ª a 4ª série completas; 2 idosos (4,4%) da 1ª a 4ª série incompletas; 10 idosos (22,2%) são analfabetos; 10 (22,2%) idosos completaram de 5ª a 8ª série; 3 (6,6%) idosos de 5ª a 8ª série incomple-

tas. Nenhum dos entrevistados possuía segundo grau completo ou incompleto, dado este para reflexão, pois o grau de escolaridade pode interferir diretamente na adesão ao tratamento medicamentoso, como será demonstrado em tabelas a seguir.

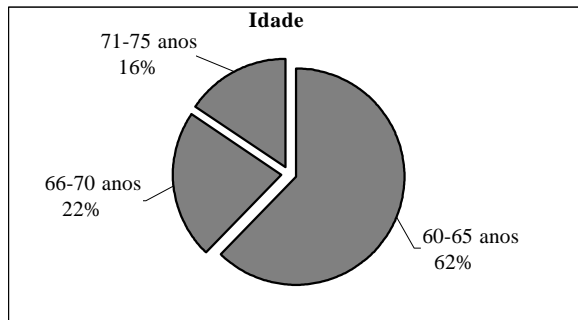


Gráfico 3 - Distribuição do paciente quanto à idade. Ponta Grossa, 2002.
Fonte: próprios autores.

No Gráfico 3 temos 28 (62%) dos idosos com idade entre 60-65 anos; 10 (22%) têm entre 66-70 anos; 7 (16%) têm entre 71-75 anos. A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida.

O fator idade tem influência na função cognitiva do idoso e a dificuldade em lembrar-se de ingerir medicamentos em horário e dosagem correta é um fato comum na população de idosos. Assim, “as alterações no sistema nervoso, que coordena e integra todas as atividades corporais, incluem mudanças do comportamento, falta de memória principalmente para fatos recentes”^(13:13).

Tabela 1 – Distribuição da frequência de problemas de saúde/sintomas e medicamentos utilizados pelos pacientes idosos. Ponta grossa, 2002.

Doenças	Casos	%	Medicamentos	Freq.	%
Hipertensão	30	66,6	Antihipertensivos	24	53,3
Diabetes	13	28,8	Diuréticos	10	22,2
Doenças SNC	08	17,7	Anticonvulsivantes	04	8,8
Doenças Crônicas Reumáticas	03	6,6	Antidepressivos	04	8,8
Doenças Respiratórias	03	6,6	Hipoglicemiantes	04	8,8
Doença dos olhos	03	6,6	Beta bloqueador	04	8,8
Outras	13	28,8	Ansiolíticos	03	6,6
			Outros	03	6,6
			Vasodilatador	03	6,6
			Antibióticos	03	6,6
			Analgésicos	03	6,6
			Anti-inflamatórios	01	2,2
			Antiagregante plaquetário	01	2,2
Total	73	161	Total	67	148

* A somatória do percentual apresentado ultrapassa a totalidade numérica pelo fato dos idosos apresentarem um ou mais sinais/sintomas de saúde e utilizarem um ou mais medicamentos.

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ponta Grossa, agosto de 2002.

Conforme as análises da Tabela 1, verifica-se que os idosos podem apresentar mais de um sinal/sintoma de saúde. Os resultados apontaram 30 (66,6%) casos de hipertensão; 13 (28,8%) casos de diabetes; 8 (17,7%) casos de doenças do Sistema Nervoso Central; 3 (6,6%) casos de doenças crônicas reumáticas; 3 (6,6%) casos de doenças respiratórias; 3 (6,6%) de

doença dos olhos; 13 (28,8%) outras não especificadas no instrumento de coleta de dados.

Comparando este estudo com o estudo realizado por outros autores os diagnósticos mais frequentes entre os pacientes idosos em uso de medicação são: doenças cardiovasculares com 41,8%; diabetes 10,9%; transtornos neurológicos 8,7%⁽¹⁴⁾.

Na mesma Tabela 1, observam-se os medicamentos mais utilizados pelos idosos, lembrando que uma mesma pessoa pode fazer uso de uma ou mais medicação. Os resultados demonstraram que 24 (53,3%) utilizam anti-hipertensivos; 10 (22,2%) diuréticos; 4 (8,8%) utilizam anticonvulsivantes; 4 (8,8%) fazem uso de antidepressivos; 4 (8,8%) usam hipoglicemiantes; 4 (8,8%) usam beta-bloqueadores; 3 (6,6%) usam ansiolíticos; 3 (6,6%) utilizam outras medicações não especificadas; 3 (6,6%) fazem uso de vasodilatadores; 3 (6,6%) utili-

zam antibióticos; 3 (6,6%) usam analgésicos; 1 (2,2%) anti-inflamatórios; 1 (2,2%) usam antiagregante plaquetário.

Em estudos de outros autores, foram pesquisadas 634 mulheres da terceira idade, e a média de consumo de medicamentos por pessoa foi de 4,0 medicamentos/pessoa, distribuídos da seguinte maneira: as vitaminas em 1º lugar com 8,4%; analgésicos 8,4%; psicofarmacológicos 6,1%; antihipertensivos 5,8%; antiinflamatórios 5,6%; diuréticos 4,8%; beta-bloqueadores 2,9%⁽¹⁵⁾.

Tabela 2 – Motivos apontados para o não cumprimento da prescrição da terapêutica medicamentosa. Ponta Grossa, 2002.

Motivo	Casos	%
Não entendeu a prescrição	05	11,1
Apresenta problemas visuais e auditivos	04	8,8
Não sabe ler	10	22,2
Não entendeu a explicação pela equipe de Enfermagem	05	11,1
Mudou por conta própria a medicação	06	13,3
Pensa não haver necessidade do uso porque sentem-se bem	03	6,6
Abandonou o tratamento	08	17,7
Apresentou efeitos colaterais intensos	10	22,2
Uso de várias medicações concomitantemente	15	33,3
Baseado em crença religiosa	03	6,6
Outros	15	33,3
Total	84	186

* A somatória do percentual apresentado ultrapassa a totalidade numérica pelo fato dos idosos apontarem um ou mais motivos para o não cumprimento da prescrição medicamentosa.

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ponta Grossa, agosto de 2002.

Na Tabela 2 pode-se observar que o motivo primeiro que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso é o uso de várias medicações concomitantemente com 15 (33,3%) idosos; a seguir de efeitos colaterais intensos 10 (22,2%) idosos; não sabem ler 10 (22,2%) idosos; abandono do tratamento 8 (17,7%) idosos; mudança por conta própria da medicação 6 (13,3%) idosos; não entendeu a explicação pela medicação da equipe de enfermagem 5 (11,1%) idosos; não entendeu a prescrição médica 5 (11,1%) idosos; problemas auditivos e visuais 4 (8,8%) idosos; sente-se bem e não acha necessário o uso da medicação 3 (6,6%) idosos; crença religiosa 3 (6,6%) ido-

sos. Novamente deve-se atentar para o fato de que um mesmo idoso podia apresentar um ou mais motivos para o não cumprimento da prescrição médica.

De acordo com a pesquisa de Teixeira e Spínola, a respeito do grau de cumprimento das prescrições: 37,5% afirmam que cumprem dependendo do que sentem; quanto à interrupção do tratamento: 45,9% interromperam por conta própria ou sugestão de outros; sobre o abandono da prescrição: 62,5% não seguiram após os sintomas terem desaparecidos. Ainda, tomar vários medicamentos ao dia 100% comentaram achar complicado; prescrição por tempo prolongado: 41,7% relatam abandonar tratamen-

to; no que diz respeito à dose prescrita: 33,3% relatam tomar dose menor; quanto à estrutura familiar: 75% dos idosos contam com ajuda de alguém para tomar o medicamento⁽⁸⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje é possível constatar o processo de exclusão social da velhice no contexto da modernidade e considerando ainda, que o próprio processo de envelhecimento pode levar a um aumento de susceptibilidade às doenças, são mais do que necessárias intervenções que garantam a disponibilização de tratamentos e cuidados apropriados aos pacientes idosos.

Os profissionais de saúde que interagem com as pessoas em processo de envelhecimento devem ter uma atitude humanística para motivar os idosos a participarem do cuidado à sua saúde, valorizando o cuidado de si, para, assim terem a possibilidade de estarem integrados com seus direitos de cidadão.

Acreditamos que, para que haja melhor adesão à medicação pelos idosos, é necessário educação em saúde efetivada por meio de ações programadas, prática que deve integrar a dinâmica do cuidar e do assistir, que esteja comprometida com o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das pessoas envolvidas no processo – quem cuida e quem é cuidado.

É desejável que os profissionais mais diretamente envolvidos com o medicamento e o idoso participem de forma mais efetiva e compromissada com esses usuários. É recomendável um trabalho de educação em saúde que envolva os pacientes idosos e família, no sentido de promover o melhor benefício da terapêutica medicamentosa prescrita. Isto poderá contribuir para diminuir a incidência de reações adversas, internações hospitalares e redução de despesas desnecessárias com procedimentos médico-hospitalares, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Para tanto, faz-se necessária a valorização e intensificação de como as informações acerca das medicações são repassadas ao

idoso e à sua família tornando-as acessíveis à sua compreensão e, conseqüentemente, obtendo as vantagens e o efeito desejado da terapia medicamentosa.

A sugestão é trabalhar com oficinas, processo que poderá ser realizado no espaço físico da própria unidade de saúde, discutindo a temática com os próprios idosos, valorizando a representação simbólica que eles trazem consigo a respeito do tema.

Essas ações poderão ser concretizadas mediante a educação em saúde do idoso inserido em seu contexto social, proporcionada pela integração desse profissional com a comunidade, que agregue mudanças de comportamento condizentes com melhores condições e resolutividade dos problemas de saúde do usuário idoso, respeitando suas crenças e valores.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília (DF); 1996. 90 p.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9.
- 3 Pacheco JL. Práticas sociais na promoção da saúde do idoso. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro 1997 ago;1(2):79-82.
- 4 Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1987 jun;2(3):200-10.
- 5 Menezes AK. Editorial. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro 1997 ago;1(2):57-8.
- 6 Seccoli SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 2001 mar;35(1):28-34.

- 7 Coimbra JH, Cassiani SH. Responsabilidades da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 2001 mar;9(2): 56-60.
- 8 Teixeira JJV, Spínola AW. Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro 1998 abr;2(1):5-9.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 2003. 64 p.
- 10 Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro 1996 set;0(1):81-9.
- 11 Ramos LR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1993 abr;2(1):87-94.
- 12 Alencar YMG. O idoso cuidador. Gerontologia, Rio de Janeiro 1997 set;5(4):179-80.
- 13 Rodrigues RAP, Diogo MJ. Como cuidar de idosos. 3ª ed. São Paulo: Papyrus; 2002. 125 p.
- 14 Almeida OP, Ratto L, Tamai S. Fatores predisponentes e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo 1999 jul/set;21(3): 152-7.
- 15 Monseguí GBG, Rozenfeld S, Veras RP. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1999 out;33(5):437-44.

Endereço da autora/Author's address:
Maria Helena Lenardt
Rua Comendador Fontana, 50/44
Centro Cívico
80030-70, Curitiba, PR
E-mail: reginablanski@hotmail.com
lenardthart@hotmail.com

Recebido em: 14/11/2003
Aprovado em: 27/06/2005