



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE FARMÁCIA

DANIELLE GOMES FONTES

**Estudo qualitativo do cotidiano de mulheres idosas e intervenção
farmacêutica no Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillac, Ceilândia -
DF**

CEILÂNDIA, DF

2014

DANIELLE GOMES FONTES

**Estudo qualitativo do cotidiano de mulheres idosas e intervenção
farmacêutica no Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marilac, Ceilândia -
DF**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada
como requisito parcial para obtenção do grau de
Farmacêutica, Universidade de Brasília, Faculdade
de Ceilândia.

Orientadora: Prof.^a Micheline Meiners

Co-orientadora: Prof.^a Rosamaria Giatti Carneiro

CEILÂNDIA, DF

2014

DANIELLE GOMES FONTE

**Estudo qualitativo do cotidiano de mulheres idosas e intervenção farmacêutica
no Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillac, Ceilândia - DF**

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Micheline Meiners

Co-orientador: Prof.^a Rosamaria Giatti Carneiro

Profa. Dayani Galato

Farmacêutica Letícia Gerlack

CEILÂNDIA, DF

2014

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares e amigos, por todo amor, carinho e confiança que em mim depositaram.

“As enfermidades são os resultados,
não só de nossos atos, como
também de nossos pensamentos”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível. A Nossa Senhora, que manteve seu manto protetor e passou na frente de todas as dificuldades.

Agradeço aos meus pais, M^a do Socorro e Venilson, que confiaram em mim e estiveram ao meu lado, oferecendo todo o incentivo e encorajamento para que pudesse concluir a graduação, que acreditaram em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava.

A minha madrinha Eliane Lima, que sempre esteve presente em minha vida. Agradeço pela compreensão, carinho, amizade e amor que sempre me dedicou.

Aos meus irmãos Diego Fontes e Danilo Fontes, pelo são exemplos de dedicação e profissionalismo, que sempre me incentivaram a superar os meus limites.

As minhas cunhadas Carolina Palleari e Camila Alves, pela amizade e carinho. Também agradeço pela assistência e suporte durante minha vida acadêmica.

Aos futuros colegas de profissão que conheci na faculdade, que estiveram presentes durante esta caminhada, dividindo noites longas de estudo, fazendo com que estas fossem mais agradáveis.

Aos amigos que contribuíram com conselhos, apoio e momentos de descontração, que foram necessários para a conclusão deste trabalho.

A minha orientadora Micheline Meiners que contribuiu ao longo da minha graduação para que de diversos projetos pudessem ser elaborados e premiados. Pela paciência e experiência que dedicou a este trabalho, sempre acreditando em meu potencial.

A minha co-orientadora Rosamaria Giatti, por ter aceitado de prontidão contribuir para a elaboração deste trabalho, pelo excelente suporte e profissionalismo no pouco tempo que lhe coube.

Ao curso de Farmácia da Universidade de Brasília, pelo seu excelente corpo docente, que pode proporcionar condições únicas de aprendizado.

Aos meus preceptores de estágio do Hospital Regional da Asa Norte e do Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal, que dedicaram tempo e compartilharam seus conhecimentos.

Ao Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillacque abraçou os projetos“Remédios, o que fazer? Como fazer? e ” Atenção Integrada á Saúde do Idoso”” permitindo que este trabalho fosse desenvolvido em suas dependências.

Aos participantes da pesquisa, minhas pacientes, que tornaram este trabalho possível, dedicando tempo e confiança em mim e no projeto que eu estava desenvolvendo, contribuindo para o sucesso desse estudo.

RESUMO

FONTES, D. G. **Estudo qualitativo do cotidiano de mulheres idosas e intervenção farmacêutica no Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillac, Ceilândia - DF** Trabalho de Conclusão de curso – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Brasília, 2014

O aumento da população idosa no Brasil tem como uma importante consequência para a saúde pública a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. A polifarmácia entre esta população pode acarretar riscos para o tratamento, uma vez que tanto a farmacocinética como a farmacodinâmica para esta faixa etária pode estar alterada. Neste trabalho realizou-se uma pesquisa qualitativa para análise de dados relacionados ao cotidiano, em especial às questões de saúde. Também foi feita intervenção por meio de acompanhamento farmacoterapêutico, utilizando-se o método Dáder em três idosas que participam de atividades do Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillac, na Ceilândia, Distrito Federal. A intervenção permitiu analisar os medicamentos em uso e identificar os problemas relacionados aos medicamentos. Foram desenvolvidas propostas de planos de intervenção farmacoterapêutica, os quais foram apresentados para as idosas, e avaliados posteriormente. A pesquisa qualitativa demonstrou a relação que existe entre a dor sentida pelas participantes e os aspectos emocionais como a solidão; ademais a influência que os fatores sociais podem exercer sobre a percepção de saúde. O acompanhamento farmacoterapêutico realizado se mostrou efetivo para a resolução de todos os problemas relacionados com medicamentos identificados. A atuação do farmacêutico no cuidado de pessoas idosas por meio do acompanhamento farmacoterapêutico se mostrou fundamental para garantir o uso adequado e racional de medicamentos.

Palavras chave: Idosos, Pesquisa qualitativa, Método Dáder, Acompanhamento farmacoterapêutico, Problemas relacionados com medicamentos.

ABSTRACT

FONTES, D. G. Qualitative study of everyday life of elderly women and pharmaceutical intervention at the Community Center for the Elderly Louise de Marilac, Ceilândia - DF. Trabalho de Conclusão de curso – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Brasília, 2014

In Brazil, the elderly population has been increasing and this is an important consequence for public health since that is reflected on a higher prevalence of chronic diseases. The polypharmacy among this population could lay risks for their treatment, once both the pharmacokinetics and pharmacodynamics for this group can be altered. In this work, a qualitative research was applied to analyze related to daily life data, especially to health issues, and an intervention through a pharmacotherapeutic follow using the method Dader was applied on three elderly women associated to the Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marilac, on Ceilândia, Distrito Federal. The intervention allowed the analysis of the drugs in use and identify problems related to drugs. Proposals for pharmacotherapeutic intervention plans were developed, which were presented for the elderly, and evaluated later. Qualitative research has demonstrated the link between the pain experienced by the participants and the emotional aspects such as loneliness and the influence that social factors can have on the perception of health. The pharmacotherapeutic monitoring performed was effective for the resolution of all problems related to different drugs. The pharmacist's contribution in the care of the elderly through the pharmacotherapeutic monitoring proved critical to ensure the proper and rational use of medicines.

LISTA DE ABREVIATURAS

FCE - Faculdade da Ceilândia

PRM – Problema Relacionado com Medicamento

RNM - Resultados Negativos associados aos Medicamentos

CCLM- Centro Comunitário do Idoso Luísa de Marillac

OMS - Organização Mundial da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Comparação da População Idosa Censo Demográfico 2000/ 2010

Figura 2 - Projeção da pirâmide etária da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050

Figura 3 – Fluxograma para a execução do Método Dáder

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição de PRM

Quadro 2: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Tulipa

Quadro 3: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Margarida

Quadro 4: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Lavanda

Quadro 5: Plano de Intervenção Farmacoterapêutica da paciente Tulipa

Quadro 6: Plano de Intervenção Farmacoterapêutica da paciente Margarida

Quadro 7: Plano de Intervenção Farmacoterapêutica da paciente Lavanda

Quadro 8: Resultado da Intervenção da paciente Tulipa

Quadro 9: Resultado da Intervenção da paciente Margarida

Quadro 10: Resultado da Intervenção da paciente Lavanda

Quadro 11: Resultado da Intervenção da paciente Tulipa

Quadro 12: Resultado da Intervenção da paciente Margarida

Quadro 13: Resultado da Intervenção da paciente Lavanda

Quadro 14: Problemas de saúde relatadas pelas paciente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.3 Atenção Farmacêutica para a população idosa.....	21
3.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico	23
4. OBJETIVOS	27
4.1 Objetivo Geral.....	27
4.2 Objetivos Específicos	27
5. METODOLOGIA	28
5.1 Análise Qualitativa.....	29
5.2 Aplicação do Método Dáder.....	31
6. RESULTADOS.....	34
6.1 Pesquisa Qualitativa	35
6.2 Acompanhamento Farmacoterapêutico	37
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
7.1 Doença processo x Doença experiência.....	52
7.2 Quem frequenta o CCLM?.....	53
7.3 Percepções sociais da velhice	54
7.4 Visão sobre a dor.....	56
7.5 Práticas terapêuticas	58
7.6 Identificação de PRM	60
8. PERSPECTIVAS	62
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICE 1 - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido	70
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado Do CEP.....	71
ANEXO 2 – Primeira Visita	74
ANEXO 3 – Estado de Situação.....	77
ANEXO 4 – Ficha De Intervenção	78

INTRODUÇÃO

A busca pela compreensão da realidade em que o homem vive, suas angústias e expectativas sempre esteve presente na ciência, entretanto, nem todos os métodos científicos de pesquisa conseguem sanar estas indagações. (GOLDENBERG, 2004).

Os métodos quantitativos, que são utilizados em diversas áreas de investigação pragmáticas e positivistas, não são capazes de identificar fatores subjetivos ou aprofundar o conhecimento de sentimentos inerentes do ser humano (GOLDENBERG, 2004).

Assim, os métodos qualitativos, provenientes das Ciências Sociais, são utilizados na área da saúde para retratar a complexidade de determinados problemas subjetivos do sujeito de pesquisa. Têm, portanto, uma abordagem holística, levando em consideração todos os componentes de uma situação e suas interações (AGNER, 2007).

O envelhecimento acelerado da população brasileira tem sido motivo de preocupação para o governo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do Censo do ano 2000 indicavam que apenas os estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraíba apresentavam a proporção de idosos superior a 10% naquele ano. Entretanto, no Censo realizado em 2010 esta faixa populacional aumentou em todas as regiões do Brasil, atingindo um percentual médio de 10,8% da população brasileira (IBGE, 2010).

As pessoas com mais idade são mais acometidas por condições ou doenças crônicas devido à exposição a diversos fatores de risco durante toda a vida, como: hábitos nocivos, exposição a agentes químicos, tóxicos ou poluentes, esforços repetitivos nas tarefas desenvolvidas no trabalho ou em casa, entre outros, ademais do processo natural de envelhecimento do organismo. Dentre as doenças mais frequentes apresentadas pelos idosos, estão as doenças locomotoras, cardiovasculares e psiquiátricas. (OLIVEIRA, M. 2013)

Assim, à medida que uma pessoa avança em idade, mais comum se torna tanto a busca por serviços de atenção à saúde, como a utilização de medicamentos de

uso contínuo, visando o controle destas doenças ou condições que se desenvolveram. O cuidado em saúde de um paciente idoso deve envolver uma equipe multidisciplinar, que atue de forma interdisciplinar, com a troca de informações a respeito do diagnóstico do paciente e do tratamento que será empregado. Infelizmente esta não é uma realidade vivenciada pela maioria das pessoas idosas no Brasil. (BLANSKI, C. 2005).

O uso de três ou mais medicamentos por uma mesma pessoa, que é denominado de polifarmácia, pode representar um risco em saúde, especialmente para as pessoas idosas. Desta forma, a participação do farmacêutico no cuidado da pessoa idosa é de grande importância, realizando desde a dispensação dos medicamentos, atividades de educação em saúde e, principalmente, o acompanhamento farmacoterapêutico.

As queixas feitas com relação as dores sentidas são comuns em indivíduos longevos. A dor foi vista por muito tempo como uma percepção sensorial, entretanto, é sabido que outros fatores podem influenciar na percepção da dor, sendo inibindo-a ou modulando-a. (LE BRETON, 2013)

Para a realização deste serviço clínico, o farmacêutico e o usuário estão comprometidos e se responsabilizam em garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva, obtendo, assim, resultados que ofereçam a melhoria da qualidade vida do usuário. O acompanhamento farmacoterapêutico exige, ainda, que sejam realizados registros sistemáticos de informações do paciente, das intervenções e da avaliação dos resultados das mesmas, entre outros registros.

Existem vários métodos que foram desenvolvidos para a sistematização do acompanhamento farmacoterapêutico e entre eles, um dos mais difundidos é o do Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, denominado método Dáder. (HERNÁNDEZ, CASTRO, DÁDER, 2011).

Este estudo foi iniciado a partir da vivência em dois projetos de extensão: o projeto “Atenção Integrada à saúde do idoso de Ceilândia- DF” e o projeto “Remédios: O que fazer? Como fazer?”. A aproximação com as participantes do Centro Comunitário de Atenção ao Idoso Luísa de Marillac (CCLM) em Ceilândia, DF, permitiu observar as dificuldades que muitas idosas tinham na utilização de seus

medicamentos e os problemas relacionados a esta utilização - muitas vezes inadequada. Desta forma, propôs-se a realização de uma pesquisa que se inicia com um conhecimento mais aprofundado da realidade de vida de algumas idosas, seguido da realização de intervenção na farmacoterapia das mesmas, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico com a utilização do método Dáder.

1. JUSTIFICATIVA

No Brasil, as políticas nacionais voltadas para a saúde do idoso foram criadas a partir de 1994, mas apenas em 2006 houve a criação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa.

Oliveira e Silva (2011) mostram que em países desenvolvidos o envelhecimento da população esteve associado às melhorias nas condições gerais de vida, algo que não acontece em países em desenvolvimento, em que o envelhecimento da população acontece de forma rápida, sem que haja tempo hábil para a reorganização social e da área da saúde de forma adequada, para atender a demanda da população idosa.

O envelhecimento é um processo inevitável para todo ser vivo e pode ocorrer sem alterações funcionais, psicológicas e funcionais muito notáveis, ou, de forma mais frequente nos países em desenvolvimento, com o comprometimento da saúde por doenças crônicas não transmissíveis.

O acompanhamento de idosos é enriquecedor, sendo de grande aprendizado para todos os profissionais da saúde. Compreender a polifarmácia e analisar as possíveis intervenções é uma atribuição farmacêutica de difícil, todavia, necessária, execução.

Para tanto, sentiu-se a necessidade de conhecimento mais profundo sobre a saúde do idoso e suas vertentes. A escolha por iniciar o trabalho com uma pesquisa qualitativa foi feita para que fosse identificado e compreendido o significado do envelhecimento, por meio de relatos dos próprios idosos, para, então, realizar o acompanhamento farmacoterapêutico com estas pessoas.

A resposta ao tratamento de um paciente não depende apenas do tratamento farmacológico, mas também de um conjunto de ações biopsicossociais que podem interferir e por vezes evitar a polifarmácia.

Através da pesquisa qualitativa é possível que as dimensões a cerca do cotidiano dos idosos sejam compreendidas. Por exemplo, a percepção da dor de cada indivíduo está relacionada com a sua história de vida, sendo assim, impossível isolar

estes dois fatores.

Deste modo, o trabalho procura contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes longevos participantes, bem como ampliar o olhar do farmacêutico para os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que podem influenciar na adesão de um paciente ao seu tratamento farmacológico coreto.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Métodos Qualitativos de Pesquisa em Saúde

Por muito tempo as pesquisas qualitativas não tinham credibilidade entre os pesquisadores da área biomédica. Afinal, a saúde e doenças eram descritas de forma pragmática, por meio de dados estatísticos, epidemiológicos ou biológicos, sem que houvesse a real compreensão sobre fatores psicossociais e sua influência sobre o processo saúde-doença em cada grupo pesquisado. Hoje estes estudos são entendidos como complementares tão importantes quanto e não complementares, com uma tendência a serem igualmente reconhecidos pelas revistas nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva. (GOLDENBERG, M. 2004)

Os estudos qualitativos seguem um plano pré-estabelecido, entretanto o pesquisador sabe que o direcionamento da pesquisa pode mudar conforme os dados são coletados e analisados. (MAANEN, 1979)

A pesquisa é realizada com o objetivo de traduzir e expressar acontecimentos, por isso, pode identificar os diferentes componentes de um mesmo aspecto. Diversas técnicas podem ser empregadas para a análise dos dados, mas é fundamental que haja distanciamento do pesquisador, para que o seu ponto de vista pessoal possa oferecer influência sobre a pesquisa. (MAANEN, 1979)

Como dito por Goldemberg (2004, p. 53)

Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis como os dados quantitativos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los.

3.2 Dados demográficos da população idosa no Brasil:

Pessoas com mais de 60 anos residentes em países em desenvolvimento são consideradas idosas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto, para os que habitam em países desenvolvidos, essa idade sobe para os 65 anos. Ainda,

segundo essa mesma Organização, até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. (WHO, 2013)

Independente da idade definida pela OMS, no Brasil a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, também definiu que indivíduos com idade superior a 60 anos são considerados idosos, podendo assim gozar dos benefícios estabelecido pelo “Estatuto do Idoso”.(Lei Federal nº 10.741).

Para uma melhor compreensão do aumento do número de idosos no Brasil, podem-se analisar os valores indicados pelo Censo Demográfico de 1960 em comparação com os dados do Censo Demográfico 2010, representados na figura 1. Nesta, a cor azul representa a porcentagem de idosos por estado nos anos 1960, e a cor laranja no ano de 2010.(IBGE, 2010)

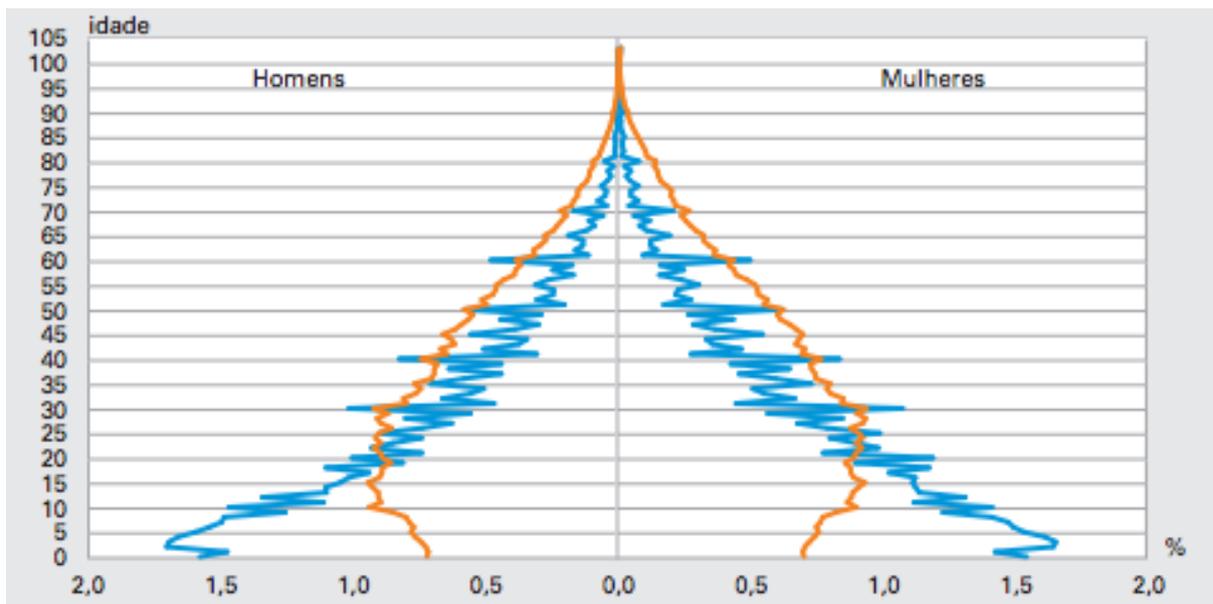


Figura 1 - Comparação da População Idosa Censo Demográfico 2000/ 2010

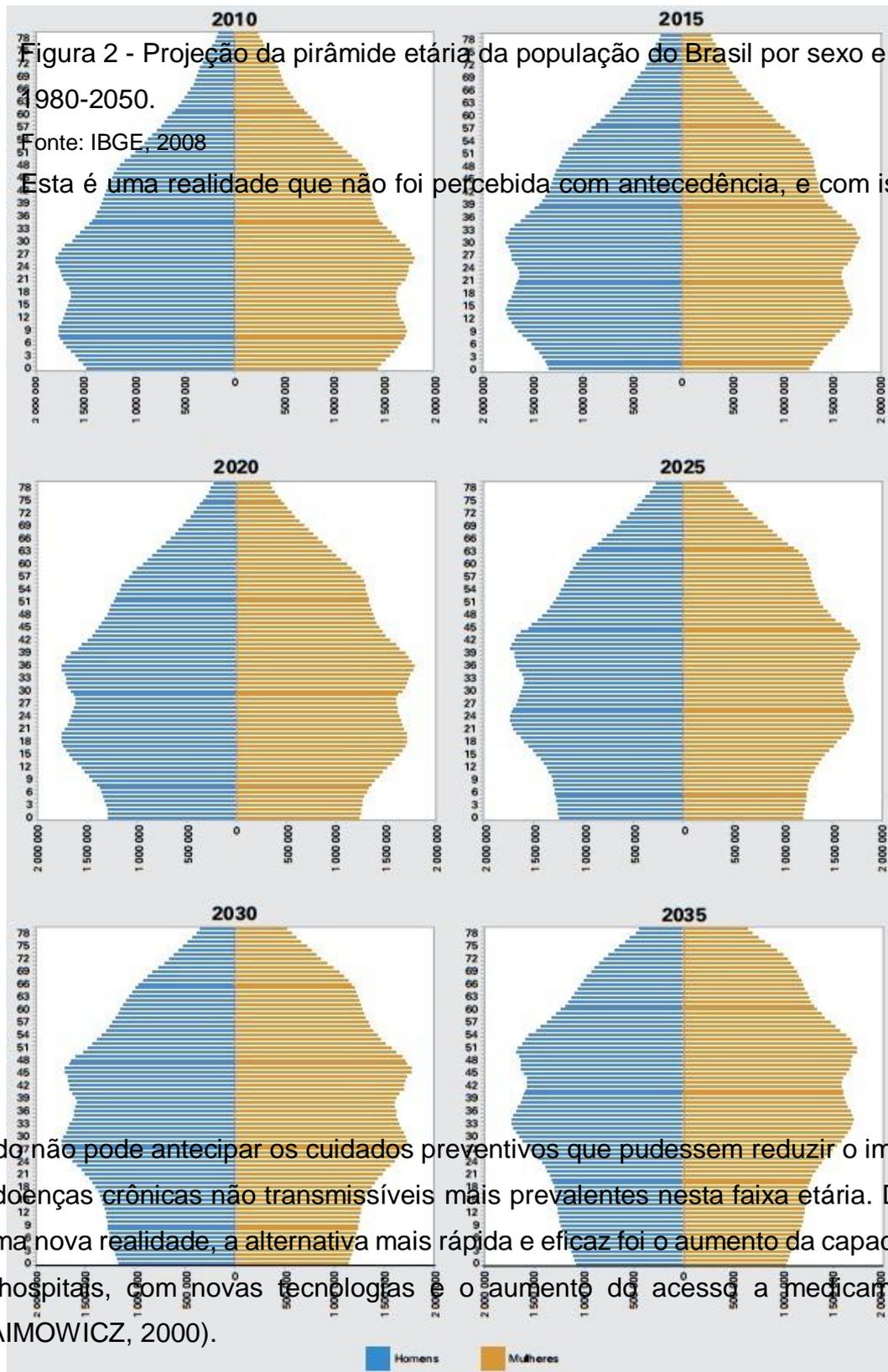
Fonte: IBGE, Censo demográfico 1960/ 2010.

No Brasil, nos anos 2000, a população idosa correspondia a 5,9 %, entretanto, 10 anos depois, este valor subiu para 7,4%. No Distrito Federal, indivíduos com mais de 60 anos representavam 3,3 % da população, no ano de 2010 este valor passou para 5,0. (IBGE, 2010)

De acordo com indicadores demográficos utilizados internacionalmente, que comparam grupos de pessoas com mais de 65 anos e grupos de indivíduos com menos de 15 anos, analisando a razão entre a população idosa e a população infanto juvenil, 33 municípios brasileiros são considerados envelhecidos (IBGE, 2010).

Nas últimas décadas vem sendo observado na população brasileira um constante envelhecimento, acentuado pelo aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de fecundidade, esse fenômeno é conhecido como *Transição Demográfica*. O aumento da expectativa de vida está relacionado com o acesso às condições básicas como saneamento e saúde, e traz, como consequência, o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, conhecida como *Transição Epidemiológica*. Esta última demanda que os sistemas de saúde se redesenhem e reestruturem de forma a se tornarem aptos para esta nova realidade, especialmente instituições hospitalares, e, sobretudo, a atenção primária em saúde (CHAIMOWICZ, F. 2000; SCHIESARI, L. 2014).

Na projeção da população do Brasil por sexo e idade feita pelo IBGE em 2008 é possível identificar as mudanças na pirâmide etária brasileira. Pode-se observar na Figura 2 que com o decorrer dos anos, a população idosa aumenta o que faz com que a pirâmide populacional mude sua conformação, deixando de ser triangular e tomando formato cilíndrico. (IBGE, 2008)



3.3 Atenção Farmacêutica para a população idosa

O aumento da demanda pela população idosa por serviços de saúde, devido a diferentes problemas de saúde, acaba dicotomizando o atendimento por diferentes especialistas em diferentes locais, que não têm comunicação entre si. Assim, na busca de tratamento para doenças específicas, sem que haja um profissional que avalie holisticamente o estado geral do paciente, muitos problemas ocorrem, especialmente com relação ao tratamento farmacológico (VERAS, 2003).

Dentre as doenças mais frequentes apresentadas pelos idosos, estão as doenças locomotoras, cardiovasculares e psiquiátricas. As doenças citadas são geralmente tratadas com medicamentos de uso contínuo o que representa uma grande quantidade de medicamentos, que podem ou não apresentar interação medicamentosa, e com isso gerar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (OLIVEIRA, 2013).

Para melhor compreender o tema a ser tratado, é fundamental que haja entendimento da real diferença entre sinais e sintomas, quando relacionados a alguma doença. O sinal está relacionado à exteriorização e manifestação objetiva de um sintoma, de uma doença ou mesmo de uma síndrome. São considerados como sinais: tosse, câibra, perda de pelos, etc. Entretanto, os sintomas representam as manifestações subjetivas relatadas por um indivíduo, como por exemplo: dor, palpitação, parestesia, tonturas, zumbidos, etc. Vale salientar que uma mesma manifestação clínica, pode representar um sinal ou um sintoma (SILVEIRA, 1997).

É notável que o avanço científico na área farmacêutica venha sendo fundamental na vida de muitos indivíduos, contribuindo assim com a ideia de que o medicamento oferece a melhor escolha no tratamento de qualquer enfermidade. Mas esta é uma ideia errada e contribuiu para o uso irracional e a automedicação entre muitos idosos (OLIVEIRA, 2013).

Ademais, a cultura popular contribui para que muitos indivíduos façam o uso de medicamentos fitoterápicos sem garantia de qualidade ou evidências científicas. A fitoterapia tem grande valor, mas tem sido vista como um tratamento que oferece menor ou nenhum risco para o indivíduo. Vale salientar que este *remédio* ou medicamento possui princípios ativos e que, então, pode oferecer riscos tanto qualquer outro medicamento (OLIVEIRA, 2013).

Os idosos representam uma população que está mais propensa a sofrer PRMs. Alterações fisiológicas devido a idade, como por exemplo, a redução da motilidade intestinal e a redução da secreção gástrica, podem contribuir para que o tempo de meia vida de um determinado medicamento seja maior em um paciente idoso que em um paciente mais jovem, e isso propicia um maior risco de PRM (RIBEIRO, 2008).

Uma vez que o idoso apresenta diferentes doenças crônicas e faz uso de diferentes medicamentos é importante a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado destes pacientes (BLANSKI, 2005).

Desde o final da década de 90 a participação ativa do farmacêutico prestando assistência ao paciente em diferentes aspectos relacionados ao seu tratamento farmacológico foi concebida como uma nova filosofia da sua prática profissional (HEPLER & STRAND, 1998).

No Brasil os termos Atenção Farmacêutica foi adotado para várias atividades, seja a dispensação de um medicamento, educação em saúde, farmacovigilância ou mesmo a execução do acompanhamento farmacoterapêutico. O objetivo desta atuação farmacêutica é garantir que haja uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva ao paciente, obtendo resultados que ofereçam melhora a sua qualidade de vida (IVAMA, et al., 2002).

O Conselho Federal de Farmácia em 2013 estabeleceu na Resolução nº. 585 na qual as atividades do farmacêutico clínico contemporâneo compreendem o cuidado direto do paciente e a promoção do uso racional de medicamentos, agindo de acordo com as reais necessidades de cada indivíduo (CFF, 2013).

3.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico constitui um serviço clínico do farmacêutico onde ocorre um compromisso entre este profissional e o paciente, com o objetivo de estabelecer uma relação de responsabilidade compartilhada pela efetividade da farmacoterapia, buscando conhecer os problemas de saúde, todos os

medicamentos em uso – prescritos ou não - e respectivas posologias. Toda a entrevista deve ser documentada para que posteriormente possa ser avaliada (YOKOYAMA et al., 2009).

Existem diferentes métodos para a sistematização do acompanhamento farmacoterapêutico, com diferentes formulários para registros, fluxogramas e compilação e interpretação de resultados. Dentre os diferentes métodos existentes, um dos mais utilizados é o Método Dáder (YOKOYAMA et al., 2009).

Em 1999, na Universidade de Granada, foi desenvolvido o Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico. O principal objetivo do desenvolvimento do método foi identificar, solucionar e prevenir os PRMs. (MARTÍNEZ, F. et al. 2001)

O acompanhamento farmacoterapêutico por meio do método Dáder é realizado com base nas necessidades e problemas de saúde dos pacientes. As avaliações são feitas a partir da detecção de PRM e, se possível, na tentativa de buscar solução para evitar os Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM) (SANTOS et al., 2007).

O processo é iniciado com a realização de entrevista para obtenção do histórico farmacoterapêutico do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza; a seguir se realiza uma fase de estudo, com a conformação do estado de situação do paciente e a elaboração de uma proposta de plano de intervenção; em nova entrevista com o paciente, em uma data determinada, o farmacêutico apresenta àquele a proposta do plano e discutem quais são as intervenções possíveis de ser realizadas; Caso seja pertinente, é feita, de forma escrita ou por telefone, a comunicação com outros profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas, entre outros; Após o período definido por farmacêutico e paciente, uma nova entrevista é realizada para verificar e avaliar os resultados do plano de intervenção (HERNÁNDEZ, CASTRO, DÁDER, 2011).

A classificação de PRM, de acordo com o método Dáder, pode ser observada no Quadro 1 (HERNÁNDEZ, CASTRO, DÁDER, 2011).

PRM 1	O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita
PRM2	O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessite
Efetividade	
PRM 3	O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia
PRM 4	O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia
Segurança	
PRM 5	O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento
PRM 6	O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Quadro 01: Definição de PRM

Fonte: Machuca, Fernández-Llimós, Faus. 2004

O conceito de PRM encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como: “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.” (HERNÁNDEZ, CASTRO, DÁDER, 2011).

Os RNM, por sua vez, são classificados como resultados no quadro de saúde do paciente que não estão de acordo com o objetivo da farmacoterapia. Sendo assim, pode-se dizer que os PRM são as causas dos RNM. (SANTOS et al., 2007)

Alguns dos RNM mais frequentes que podem ser prevenidos com a intervenção farmacêutica e a resolução de PRM são: conservação inadequada de

medicamentos, erros na prescrição, erros na dispensação, interações medicamentosas e uso inadequado ou não adesão ao tratamento.

3. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Contribuir para a melhoria na adesão farmacoterapêutica de idosos em uso de polifarmácia e acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, por meio do desenvolvimento de acompanhamento farmacoterapêutico.

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar qualitativamente o cotidiano dos idosos participantes em relação ao enfrentamento do envelhecimento e do adoecimento;
- Identificar se existe relação entre a percepção da dor e fatores sociais;
- Realizar o histórico farmacoterapêutico e o estudo de estado de situação com a identificação de PRM;
- Elaborar a proposta de plano de intervenção e apresentar e discutir com os idosos em entrevista agendada previamente;
- Avaliar os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada em duas etapas, ambas realizadas nas dependências do CCLM, situado na cidade satélite de Ceilândia, Distrito Federal:

Primeira Etapa: foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas realizada com voluntárias idosas que frequentam o CCLM.

Encontro 1 – Houve uma roda de conversa com os idosos do CCLM, onde o propósito da pesquisa foi elucidado e todas as dúvidas sanadas. Feito isso, aos idosos que manifestaram interesse foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra no apêndice 1.

Encontro 2 - Nesta etapa, houve uma entrevista individual com as idosas interessadas. Cada entrevista teve duração de aproximadamente 2 horas e foram gravadas.

Segunda Etapa: foi realizado o intervenção farmacoterapêutico com três idosas selecionadas.

Consulta 1 - Foi feita no CCLM, em uma sala privativa que oferecia conforto e privacidade para que idosa pudesse sentir-se a vontade para elucidar qualquer problema relacionado a sua saúde.

Consulta 2 – Foi apresentada a proposta de plano de intervenção, discutido com o paciente a sua factibilidade e, os pontos acordados foram revisados e foi entregue uma cópia do plano de intervenção e do esquema terapêutico dos medicamentos em uso pelas idosas.

Consulta 3 – Foram avaliados os resultados obtidos pelo plano de intervenção proposto.

A pesquisa foi realizada no período de junho de 2013 a setembro de 2014. Todos os encontros ou consultas foram previamente marcados com as responsáveis pelo CCLM e as pessoas envolvidas.

O trabalho realizado foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o parecer nº

201.581, em 25 de fevereiro de 2013, sob o título Atenção Integrada à Saúde do Idoso de Ceilândia/DF, como consta no anexo 1.

Com o intuito de manter em sigilo o nome dos participantes da pesquisa, foi definido que seriam adotados pseudônimos de flores para cada indivíduo da pesquisa.

5.1 Análise Qualitativa

Os estudos de caso são comumente feitos em pesquisas médicas e psicológicas, em que é feita uma análise detalhada de diversos parâmetros da vida do indivíduo que vai ser estudado. Os estudos de caso compreendem uma técnica holística, ou seja, para que haja compreensão de um comportamento ou evento, deve-se avaliar todo o contexto em que o indivíduo está, e não características isoladas (GOLDENBERG. 2004).

Segundo Goldemberg, não é possível definir regras precisas sobre técnicas que devem ser empregadas em uma pesquisa qualitativa, uma vez que cada estudo vai ser único. Sendo assim, não há regras que estabeleçam o tempo ideal para duração de uma pesquisa ou mesmo o número de participantes.

Para realizar o estudo de caso, três etapas foram definidas: a fase exploratória, a fase da coleta de dados e a fase da análise sistemática dos dados. A fase exploratória é o momento em que o pesquisador entra em contato com a situação a ser investigada para definir o caso, confirmar ou não as questões iniciais, estabelecer os contatos, localizar os sujeitos e definir os procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Na fase da coleta de dados, o pesquisador pode utilizar três tipos de métodos: questionamentos ao entrevistado, observação dos eventos e leitura de documentos. A fase da análise sistemática é caracterizada por ser a etapa em que o pesquisador deve organizar o material coletado para que este possa ser analisado com cautela. (MACIEL, CUNHA, MEIRELES, 2010).

Na fase exploratória, foi explicitado às responsáveis pelo CCLM o propósito da pesquisa. Com o aceite da diretoria, os objetivos da pesquisa foram expostos a todos os participantes do CCLM, aos que demonstraram interesse em participar foi feita entrevista inicial para ver se estes possuíam os pré requisitos necessários, como:

idade superior a 65 anos, uso crônico de 3 ou mais medicamentos e assiduidade nas atividades desenvolvidas no CCLM.

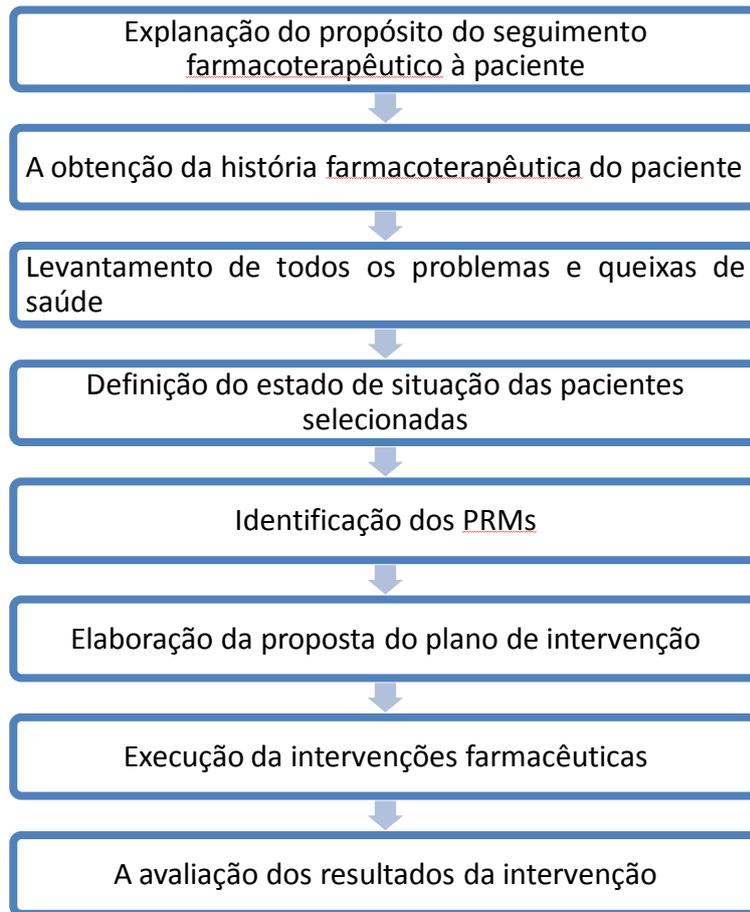
Ainda na fase exploratória, foram identificados aspectos que deveriam ser analisados, como por exemplo, a relação que os participantes faziam entre o abandono familiar e a percepção da dor.

O método de questionamentos aos participantes foi escolhido na fase da coleta de dados. Os participantes questionados a respeito da velhice, do abandono, da percepção da dor, entre outras questões. A coleta de dados foi feita em uma sala fechada para que o participante pudesse sentir-se livre para falar, sem que houvesse constrangimento para o participante.

A análise sistemática foi realizada depois de toda matéria ter sido coletada. As anotações feitas e o áudio das entrevistas foram analisados e estudados para que pudessem ser feitas as considerações cabíveis.

O trabalho foi desenvolvido de acordo com o fluxograma presente na imagem 3.

Figura 3 : Etapas do trabalho



5.2 Aplicação do Método Dáder

Para que o método Dáder seja aplicado é fundamental que haja confiança entre o farmacêutico e o paciente. Assim, no primeiro contato entre farmacêutico e paciente deve ser explicado qual o propósito e formas com que se fará o acompanhamento, o tempo gasto em cada consulta, a periodicidade dos encontros e o que o paciente pode esperar como resultados. Também nesse primeiro contato foi pedido que o paciente trouxesse todos os medicamentos em uso e as receitas médicas, assim como exames recentes na data marcada para a primeira consulta.

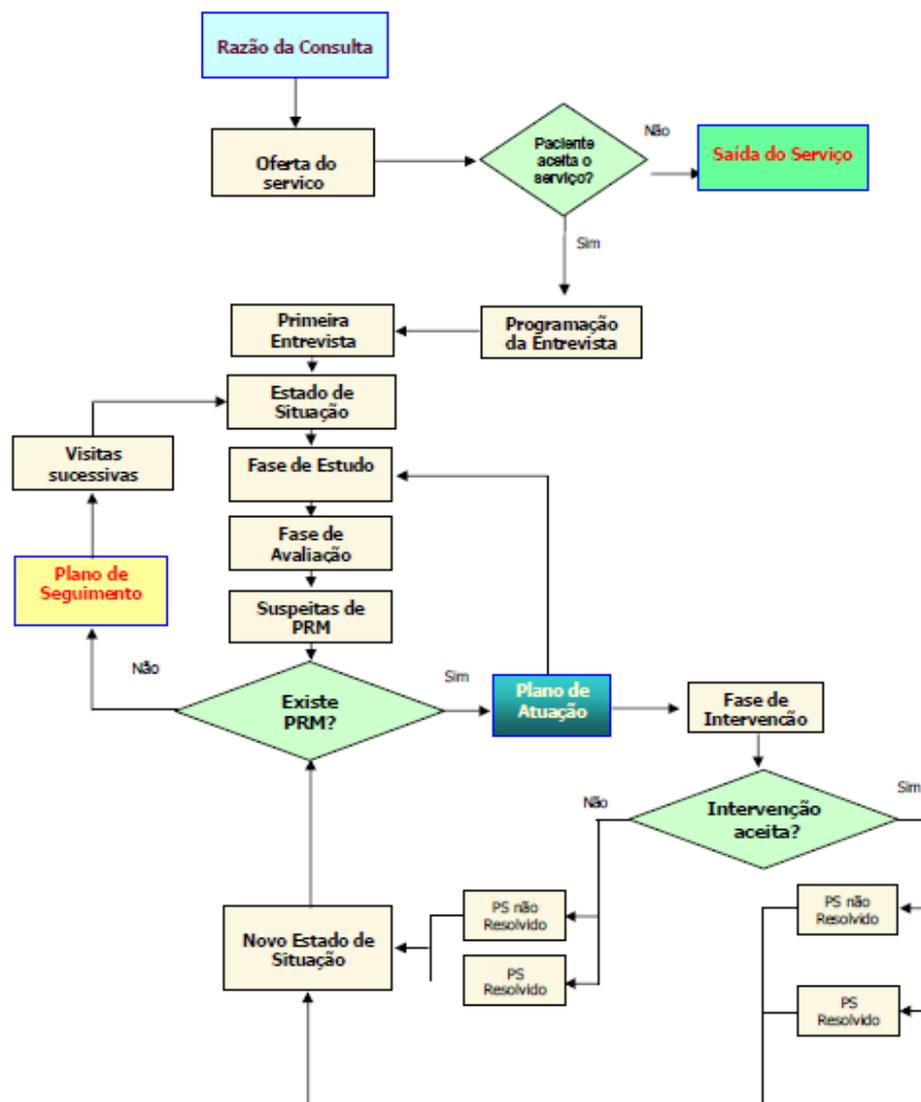
A obtenção da história farmacoterapêutica do paciente foi feita na primeira consulta. Neste dia se levantaram todos os problemas e queixas de saúde, bem como todos os medicamentos em uso pelo paciente com a explicação de como e para que eram utilizados. Estes dados foram anotados em fichas específicas do acompanhamento farmacoterapêutico (anexo 2).

O estado de situação das pacientes foi então elaborado, em ficha específica do método Dáder (anexo 1), para permitir o estudo de cada caso, com a averiguação de possíveis PRM. Neste momento se fizeram consultas a livros e bancos de dados com informação sobre medicamentos como: interações medicamentosas, reações adversas, farmacocinética e farmacodinâmica; ademais de sinais e sintomas clínicos, entre outros. Depois foi elaborada proposta de plano de intervenção para cada idosa, seguindo o modelo que se encontra no anexo 4.

As intervenções farmacêuticas propostas foram feitas como propósito de solucionar os PRM identificados e melhorar o estado de situação do paciente. A proposta do plano de intervenção foi apresentada numa segunda consulta previamente agendada, onde se explicou a cada paciente o propósito de cada intervenção e se fizeram os acordos do que seria realizado neste primeiro momento. A avaliação dos resultados da intervenção foi realizada em nova consulta realizada em data e horário previamente acordados.

As etapas do método Dáder são executadas de acordo com o demonstrado no diagrama apresentado na Figura 3.

FIGURA 3 – Fluxograma para a execução do Método Dáder



Fonte: Dáderweb, 2011.

6. RESULTADOS

Durante a primeira etapa da pesquisa, diversos idosos manifestaram interesse na participação, todavia, um pré-requisito para isso era a assiduidade nas atividades oferecidas no CCLM. Assim, apenas três idosas foram selecionadas para participar, as quais estarão referidas neste trabalho por pseudônimos (nomes de flores: Tulipa, Margarida e Lavanda).

A paciente Tulipa é viúva, mãe de três filhos, tem 76 anos e mora sozinha há mais de trinta anos. Antes de receber proventos previdenciários trabalhou como costureira. Queixa-se bastante das dores que sente devido a osteoporose, também fala muito das implicações que a velhice impõe.

Tulipa trabalhou como costureira e em seu discurso é possível perceber o orgulho que sente em relação ao trabalho que desempenhava antes de receber benefícios previdenciários.

Faz queixa com relação à dor que sente e a quantidade de medicamentos prescritos na última consulta médica. Sempre manifesta a sua dor. Não tenta escondê-la. A paciente também atribui as doenças aos fatores psicológicos e afetivos, como a ausência de um filho que se mudou para outra cidade.

É possível perceber a dualidade, uma mulher que durante a juventude foi responsável por garantir o cuidado e manutenção da família, mas que hoje cuida de si com muita dificuldade. Fala “o meu pagamento não está dando nem para os remédios”

A sensação de abandono é relatada por Tulipa. O constante discurso sobre dor e sobre a ausência dos cuidados por parte dos filhos é feita pela paciente, de forma que sempre relaciona episódios de maior dor com eventos específicos, como viagens, casamentos, mudanças de residência e diversos outros acontecimentos protagonizados por seus filhos.

Margarida tem 82 anos e encontra-se casada pela segunda vez, vive com o atual marido e dois filhos. Mostra-se uma verdadeira matriarca. Teve cinco filhos, mas

quatro faleceram ainda crianças. Adotou um filho que na adolescência teve uma filha. Margarida considera a sua neta como uma filha. Tem então três filhos, destes, dois ainda moram com ela.

Evita falar do primeiro casamento, mas depois de algumas entrevistas a paciente sentiu-se livre para falar da juventude. Casou-se a primeira vez muito nova, diz ter casado sem conhecer o noivo e ter sofrido muito. Comenta ter sido constrangida várias vezes pelo ex-marido.

A paciente Lavanda, 72 anos, apresentou história de vida diferente das outras pacientes. É paraibana, e quando questionada a respeito estado civil disse “O minha filha, eu sou moça velha”, termo nordestino utilizado quando a mulher nunca foi casada.

Lavanda é solteira, não gerou ou adotou filhos e mora sozinha. Relatou durante as entrevistas que se considera uma mulher forte, que sente dor, mas que nunca gostou de lamentar-se. É a única participante que ainda trabalha.

6.1 Pesquisa Qualitativa

O intuito inicial do trabalho foi a análise dos medicamentos prescritos e em uso para três mulheres participantes do CCLM. A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas, como estipulado pelo método Dáder.

As entrevistas foram realizadas no CCLM semanalmente por aproximadamente 10 meses. O discurso das pacientes, porém, como já era de se esperar, não envolvia apenas medicamentos. Durante as entrevistas, diversos temas foram abordados, como, por exemplo, a velhice, as dificuldades que elas enfrentavam em seu cotidiano, as relações afetivas e familiares, entre outras.

A aplicação do acompanhamento farmacoterapêutico implica em diversos encontros entre o pesquisador e o paciente. Depois de alguns encontros, as pacientes sentiram-se confortáveis para compartilhar aspectos pessoais que interferiam na efetividade do tratamento medicamentoso, assim como na quantidade de medicamentos em uso pelas pacientes.

A forma como cada uma se comportava diante da dor é notavelmente distinta e varia de acordo com a história de vida de cada uma. Por isso, a percepção da dor relatada por cada uma das pacientes foi analisada. Como dito anteriormente, cada uma apresentou uma história de vida: uma nunca teve filhos, uma é viúva e uma casada. Com relação à moradia, uma ainda mora com os filhos, enquanto que as outras moram sozinhas.

A necessidade de que o outro compreenda e vivencie a dor sentida por Tulipa também é nítida. Não há preocupação em esconder tal sensação, pelo contrário, Tulipa mostra-se sempre frágil, frequenta o CCLM e tem em mãos todos os medicamentos que faz ou fez uso. Compartilha e sempre comenta com os outros idosos as dores que sente.

Vale salientar que Tulipanão relaciona as dores com a solidão vivida para os outros participantes do CCLM. Nas primeiras entrevistas feitas, Tulipa mostrava-se uma mulher muito forte, capaz de superar os desafios que a idade lhe impunha e a dor crônica sentida independente da presença de seus familiares.

Depois de vários encontros a paciente começou a demonstrar fragilidade, insegurança e solidão. Com relação aos medicamentos, Tulipa afirma que a dose dos medicamentos não é suficiente para amenizar a dor, diz “se eu for tomar remédio para o tanto de dor que eu sinto, vou tomar todos esses”. Quando questionada a respeito da quantidade de medicamentos prescritos fala “eu não acho ruim ter que tomar remédio. Acho ruim é não passar a dor”.

Outra paciente, Margarida mostrou que sente dor, que isso impede de que várias coisas sejam feitas, e mostrou profundo descontentamento com o sistema de saúde. Faz queixa com a forma que os idosos são tratados. Relaciona a falta de atenção e a prescrição de muitos medicamentos como um fator preocupante.

Devido a uma recente queda, Margarida está fazendo fisioterapia. Diz não sentir mudança referente à sensação de dor, mas relatou que houve melhora na capacidade de flexionar a perna direita. Entretanto, continua com edema no joelho direito e no pé esquerdo.

A respeito de Lavanda, em seu relato foi evidenciado que não gosta de exteriorizar a dor. Foi possível perceber que Lavanda durante toda a sua vida precisou ser uma mulher forte, pois nunca foi casada, algo que, segundo Lavanda, não é bem

visto. Lavanda fala “ontem eu vinha com muita dor do mercado, ai quando cheguei em casa eu já ia reclamar pra Deus. Falei que num ia nem lavar as folhas, mas ai fui devagar, pensando que tem tanta gente que não consegue nem comprar comida. Ai fui indo devagar e depois consegui terminar.”

O convívio de Lavanda com a dor não é recente. A paciente Lavanda apresenta osteoporose e osteoartrite. Fez tratamento em dois hospitais de Brasília, como no hospital Sarah Kubitschek e no Hospital de Base, e sua maior queixa também é a dor, principalmente nas articulações.

. Faz queixa de dores fortes na coluna e nos braços. Foi diagnosticada com Lesão por Esforço Repetitivo quando ainda trabalhava como costureira devido a isto possui movimento limitado dos braços.

6.2 Acompanhamento Farmacoterapêutico

A primeira entrevista foi voltada para a identificação do estado de situação de cada paciente, onde se fez uma correlação entre as queixas ou problemas de saúde relatados e os medicamentos em uso, prescritos ou não. Os quadros 02 a 04 trazem o resultado do estado de situação das pacientes: Tulipa, Margarida e Lavanda.

Ainda para complementar o estado de situação de cada paciente, foi requisitado que na entrevista seguinte as pacientes apresentassem as prescrições médicas constando dos medicamentos em uso, para se confirmar a posologia prescrita e a posologia em uso pela paciente.

Quadro 02: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Tulipa

Problemas de Saúde (PS)	Medicamentos em Uso	Posologia Prescrita	Posologia em Uso	Administração Correta	PRM Suspeitos (descrição)
Dor na Coluna devido à osteoporose	Paracetamol 500 mg	1 cp até 6/6 h	1 comp/dia (SOS)	Sim	Não
	Ibuprofeno 600 mg	1 cp até 8/8h	1 comp/dia (SOS)	Não	PRM2 (medicamento não indicado para o PS)
	Ciclobenzaprina 10 mg	1 cp/dia	1 comp/dia (SOS)	Sim	PRM 2 (medicamento não indicado para o PS)
Anemia	Composto Polivitamínico, Polimineral e Lisina	2 cp/ dia	-----	Não	PRM 3 (Ineficácia não quantitativa – medicamento não absorvido adequadamente)
	Ferripolimaltose (injetável)	1 ampola de 7/7 dias	1 amp de 7/7 dias	Sim	Não
Hipertensão	Captopril 25 mg	Não apresentou prescrição	1 comp/dia	-----	-----
Osteoporose	Alendronato 70 mg	1 cp de 7/ 7 dias	2 cp - 7/7 dias	Não	PRM 6 (insegurança quantitativa de um medicamento)
	Sulfato de Glicosamina 1,5 mg	1 env./ dia	1 env./ dia	Sim	Não
	Carbonato de Cálcio/ Colecalciferol 600 mg/400 UI	1 caps de 12/12 h	1 caps - dia	Não	PRM 4 (o medicamento era tomado na metade da dosagem indicada)
	Carbonato de Cálcio	Sem prescrição	Antes do jantar	Não	PRM 2 (A dose não ultrapassava à dose máxima diária, mas a paciente comprava o medicamento)
PS não relatado	Ivermectina 6mg	2 cp de 7/7 dias	-----	-----	-----
Hipotireoidismo	Levotiroxina 25 mg	1 cp/dia	1 cp/dia	Sim	PRM 3 (Ineficácia não quantitativa – medicamento não absorvido adequadamente)
Gastrite	Omeprazol 20 mg	1 caps ao dia	1 caps de manhã	Não	PRM 3 (Ineficácia não quantitativa – medicamento não absorvido adequadamente)
	Hidróxido de Alumínio suspensão	10 mL - 8/8 h	Colher de sopa -aprox 15 mL - dia	Sim	PRM2 (medicamento não indicado para o PS)

Todas as pacientes relataram que a dor era o fator de maior preocupação, como foi observado na pesquisa qualitativa e se repetiu na consulta para avaliação dos problemas de saúde. Todas as pacientes fazem tratamento medicamentoso para o controle da pressão arterial e da osteoporose.

No caso da paciente Tulipa, a queixa mais prevalente foi relacionada às dores causadas pela osteoporose. Queixava-se de dor crônica na coluna, que a impedia de fazer suas atividades em casa. Além da dor, a paciente fez queixa de cansaço e constante sensação de indisposição. A paciente informou ter feito diversas cirurgias, dentre essas uma na tireoide.

Foi diagnosticada com osteoporose e fazia uso de alendronato e suplementação de cálcio. Entretanto, como consulta mais de um médico e faz queixas de dor para todos eles, percebe-se o uso de medicamentos anti-inflamatórios associados a relaxantes musculares. Dentre todas as pacientes, essa foi a que apresentou maior número de PRM reais – dez no total.

Quadro 03: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Margarida

Problemas de Saúde	Medicamentos em Uso	Posologia Prescrita	Posologia em Uso	Administração Correta	PRM (Descrição)
Dor crônica na coluna	Paracetamol 500 mg	1 comp de 6/6h, se dor ou febre	1 comp se dor	Sim	Não
Osteoporose	Sulfato de Glicosamina 1,5 mg	1 env	1 env depois do almoço	Sim	Não
	Alendronato 70 mg	1 cp de 7/ 7 dias	1 comp de 7/ 7 dias	Sim	Não
	Carbonato de Cálcio + Vitamina D3	Sem prescrição	1 caps antes do almoço	Não	PRM 2
Flebite	Castanha da índia	Sem prescrição	1 comp depois do jantar	Não	Não (Entretanto, melhor horário seria depois do café da manhã)
Hipertensão	Anlodipino	1 cp às 12h	1 comp depois do jantar	Não	PRM 3 (Ineficácia não quantitativa – medicamento não absorvido adequadamente)
	Losartana Sódica 50 mg	1 cp às 7h	1 comp em jejum	Não	PRM 3 (Interação com omeprazol)
	Indapamida	1 cp às 7 h	1 comp em	Não	PRM 3 (Interação com omeprazol)

			jejum		
Gastrite	Omeprazol 20 mg	1 cp em jejum	Sempre que sente dor	Não	PRM 2 e PRM 3 (Uso indiscriminado e interação com losartana, indapamida e alimentos)

A paciente Margarida, também afirmou sentir fortes dores nas articulações dos pés e joelho. Nunca fez cirurgia, mas anda apoiada em uma bengala. Relata queda recente, onde houve torção do tornozelo. Procurou hospital, fez radiografia, mas o tratamento recomendado foi apenas gelo e anti-inflamatórios orais. A última radiografia revelou quadro de escoliose, depois disso a paciente começou a fazer fisioterapias. Relatou melhora na capacidade de executar movimentos, mas não na intensidade da dor.

Não apresentou queixas a respeito da deglutição de medicamentos, sono ou dores estomacais frequentes, entretanto, relatou que faz uso indiscriminado e esporádico do medicamento omeprazol sempre que sente dor estomacal. Questionada sobre a frequência das dores, relatou que estavam relacionadas a comidas diversas. Aparentemente não há relação entre o dia em que a paciente sentiu queimação esofágica com o dia em que fez uso do medicamento Alendronato.

Margarida ainda relatou ardor cutâneo na região das pernas. Disse que reportou esta sensação ao médico, mas este não prescreveu tratamento medicamentoso, mas sim que a paciente adicionasse castanha da Índia em sua dieta.

Diferentemente do recomendado pelo médico, a paciente Margarida adquiriu um medicamento fitoterápico a base de castanha da Índia e tem feito uso deste depois do jantar. Afirma que houve melhora do quadro.

Com relação aos PRM, Margarida apresentou seis PRM em seu estado de situação.

Quadro 4: Estado de Situação e Farmacoterapia em uso de Lavanda

Problemas de Saúde	Medicamento prescrito	Posologia Prescrita	Posologia em Uso	Administração Correta	PRM
Hipertensão	Hidroclorotiazida 25 mg	1 cp pela manhã	1 comp depois do café	Sim	Não
	Propranolol 40 mg	1 cp 2 vezes ao dia	1 comp depois do almoço/ 1 cp depois do jantar	Sim	PRM 5 (Suspeita de insegurança não quantitativa do medicamento – gosto amargo)
Aterosclerose	Sinvastatina 20 mg	1 cp à noite	1 comp depois do jantar	Sim	Não
Osteoporose	Carbonato de Calcio/ Colecalciferol 600 mg/400 UI	1 cp no almoço	1 comp depois do almoço	Sim	Não
	Alendronato 70 mg	1 cp de 7/ 7 dias	1 comp de 7/7 dias	Não	PRM 5 (Insegurança não quantitativa do medicamento – refluxo esofágico)
Dor Crônica na Coluna	Ciclobenzaprina 10 mg	1 cp à noite	1 comp antes de dormir	Sim	PRM 2 (medicamento não indicado para o PS)
Refluxo esofágico	Omeprazol 20 mg	1 caps à noite	1 caps antes de dormir	Não	PRM 3 (Ineficácia não quantitativa do medicamento)
Não relatado	Alopurinol 100 mg	Não prescrito	1 comprimido antes do almoço	Não	PRM 2 (Faz uso de um medicamento que não necessita)

Relatou sentir sabor amargo na boca quando faz uso do medicamento Propranolol e refluxo esofágico nos dias em que administra o medicamento Alendronato. A Lavanda também faz uso do medicamento Alopurinol, ainda que este não esteja presente na prescrição.

Lavanda não apresentou queixas sobre a deglutição de medicamento e, irritações cutâneas ou sonolência. Comentou que raramente tem dor de cabeça, neste caso faz uso de dipirona sódica gotas. Foram identificados cinco PRM no estado de situação de Lavanda.

Sendo assim, ainda na fase III, foram feitas propostas de intervenções em planos farmacoterapêuticos elaborados de acordo com as queixas das pacientes, com o intuito de buscar soluções para os PRM identificados. Os planos foram desenvolvidos de acordo com o sugerido no método Dáder. Nos quadros 5 a 7 constam os resultados das propostas de intervenções que foram discutidas com cada uma das pacientes para elaborar o plano farmacoterapêutico.

Quadro 5: Plano de Intervenção Farmacoterapêutica da Paciente Tulipa

Horário	Medicamento	Obs
Ao Acordar (em jejum)	Levotiroxina 25 mg -1 comprimido	Uma hora antes do café da manhã.
	Alendronato 70 mg -1 comprimido	UMA vez por semana, em jejum meia hora depois da levotiroxina, com um copo grande de água (250ml ou mais). Ficar 30 minutos em pé.
Café da manhã	Captopril 25 mg -1 comprimido	Após o café da manhã
Almoço	Carbonato de Calcio/Colecalciferol 600 mg/ 400 UI -1 comprimido	Durante o almoço
	Composto Polivitamínico, Polimineral e Lisina-1	Durante o almoço

	comprimido	
	Sulfato de Glicosamina 1,5 mg -1 envelope	Depois do almoço
Jantar (durante o jantar)	Carbonato de Calcio/Colecalciferol 600 mg/ 400 UI -1 comprimido	Durante o jantar
	Clusivol Composto -1 comprimido	Durante o jantar
Depois do jantar	Omeprazol -1 cápsula	Antes de deitar
Em caso de dor	Paracetamol -no máximo 4 comprimidos ao dia	Medicamento SOS
Não utilizar mais:	Carbonato de Cálcio Hidróxido de alumínio Ibuprofeno Ciclobenzaprina	

Quadro 6: Plano de intervenção farmacoterapêutica da paciente Margarida

Horário	Medicamento	Obs.
Ao Acordar (em jejum)	Alendronato 70 mg -1 comprimido	UMA vez por semana. Em jejum, com um copo grande de água (250ml ou mais). Ficar 30 minutos em pé.
Café da Manhã	Losartana Sódica 50 mg -1 comprimido	Depois do café da manhã
	Indapamida 1,5 mg -1 comprimido	Depois do café da manhã
	Castanha da Índia 100 mg -1 comprimido	Depois do café da manhã
Almoço	Carbonato de Calcio/ Colecalciferol	No almoço

	600 mg/400 UI -1 comprimido	
	Anlodipino 5 mg -1 comprimido	Depois do almoço.
	Sulfato de Glicosamina 1,5 g -1 envelope	Depois do almoço.
Jantar	-----	-----
Depois do jantar	Omeprazol -1 cápsula	Antes de deitar
Em caso de dor	Paracetamol -no máximo 4 comprimidos ao dia	Medicamento SOS

Quadro 7: Plano de intervenção Farmacoterapêutica da paciente Lavanda

Horário	Medicamento	Obs.
Ao Acordar (em jejum)		Tomar com um copo de água, sem alimentos.
	Alendronato 70 mg -1 comprimido	UMA vez por semana. Em jejum, com um copo grande de água (250ml ou mais). Ficar 30 minutos em pé.
Café da Manhã	Hidroclorotiazida 25 mg -1 comprimido	
Almoço	Carbonato de Cálcio/ Colecalciferol 600 mg/400 UI	Durante o almoço.
	Propranolol 40 mg - 1 comprimido	Depois do almoço, com um copo grande de água

Jantar	Sinvastatina 20 mg -1 comprimido	Depois do jantar.
	Propranolol 40 mg - 1 comprimido	Depois do jantar, com um copo grande de água
Antes de deitar	Ciclobenzaprina 10 mg -1 comprimido	Antes de deitar
	Omeprazol 20 mg -1 comprimido	Tomar com um copo de água, sem alimentos.
Não utilizar mais:	Alopurinol	

Depois de discutida e acordada a intervenção, as pacientes tiveram nova consulta marcada para depois de quinze dias, quando verificou-se os resultados da intervenção. Durante a consulta foram questionadas a respeito das queixas que relataram antes da elaboração do plano farmacoterapêutico, de acordo com o estipulado pelo método Dáder.

A paciente Tulipa relatou grande melhora na dor. A adequação dos horários e forma de utilização dos medicamentos, bem como a retirada do medicamento hidróxido de alumínio, que reduz a absorção do cálcio, pode ter contribuído para a melhora do quadro.

Assim como as outras pacientes, a dor sentida por Margarida devido à osteoporose pode ser amenizadas devido à adequação da administração dos medicamentos.

Lavanda fazia queixa de refluxo esofágico depois da administração do medicamento Alendronato. A instrução sobre os cuidados após a administração deste medicamento, como a necessidade de manter-se em posição ereta por no mínimo 30 minutos, e a adequação do horário da administração do medicamento Omeprazol contribuíram para a resolução dos PRM encontrados.

De acordo com o Método Dáder, os resultados da intervenção foram analisadas para verificar o grau de resolutividade das intervenções nas pacientes, o que pode ser observado nos quadros 8 a 10.

Quadro 8: Resultado da Intervenção da paciente Tulipa

Problema de Saúde	Medicamento em uso	Intervenção	Intervenção Aceita	PRM (resolvido: sim ou não)
Dor devido a osteoporese	Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> Retirada do medicamento ibuprofeno e ciclobenzaprina Adequação do horário da administração do medicamento Alendronato. Adequação do uso do carbonato de cálcio e retirada da duplicidade e aquisição do medicamento 	Sim	Sim
	Ibuprofeno			
	Ciclobenzaprina			
	Alendronato			
	Carbonato de cálcio			
	Sulfato de Glicosamina			
Gastrite	Omeprazol	<ul style="list-style-type: none"> Adequação do horário da administração do medicamento Omeprazol Retirada do medicamento Hidróxido de Alumínio 	Sim	Sim
	Hidróxido de Alumínio			
Anemia	Clusivol Composto	Não havia PRM	Não foi feita intervenção	Não havia PRM
	Ferripolimaltose			

Quadro 9: Resultado da Intervenção da paciente Margarida

Problema de Saúde	Medicamento em uso	Intervenção	Intervenção aceita	PRM resolvido
Dor devido a osteoporose	Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementação de Cálcio foi indicada • Administração correta do medicamento Alendronato e do medicamento Paracetamol 	Sim	Sim
	Alendronato			
	Sulfato de Glicosamina			
Flebite	Castanha da índia	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do tratamento 	Não foi feita intervenção	Não havia PRM
Hipertensão	Losartana Sódica	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação do horário da administração dos medicamentos Anlodipino, Indapamida e Losartana Sódica 	Sim	Sim
	Anlodipino			
	indapamida			

Quadro 10: Resultado da Intervenção da paciente Lavanda

Resultado da Intervenção: Lavanda					
Problema de	Medicamento em	Intervenção	Intervenção	PRM	

Saúde	uso		Aceita	resolvido
Dor devido a osteoporose	Ciclobenzaprina	<ul style="list-style-type: none"> O tratamento foi prescrito para apenas 30 dias. Foi recomendado que a paciente interrompesse o tratamento 	Sim	Sim
Refluxo esofágico	Omeprazol	<ul style="list-style-type: none"> Adequação do horário de administração do medicamento Omeprazol Adequação da administração do medicamento Alendronato 	Sim	Sim
Hipertensão	Hidroclorotiazida Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a quantidade de água durante a administração do medicamento Propranolol 	Sim	Sim
Aterosclerose	Sinvastatina	Manutenção do tratamento	Não foi feita intervenção	Não havia PRM

Como pode ser visto, os PRMs das pacientes puderam ser resolvidos. Todas aceitaram a intervenção e seguiram o plano de intervenção estruturado.

Os problemas de saúde apresentados pelas pacientes participantes estão presentes no quadro 14.

Quadro 14: Problemas de saúde relatados pelas paciente

Problemas de saúde relatadas pelas paciente			
Problema de Saúde	Tulipa	Margarida	Lavanda
Hipertensão	Sim	Sim	Sim
Diabetes Melito	Não	Não	Não
Dor Crônica	Sim	Sim	Sim
Osteoporose	Sim	Sim	Sim
Falta de Apetite	Sim	Não	Não
Hipotireoidismo	Sim	Não	Não
Gastrite	Sim	Não	Sim

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante as entrevistas, foi notável que a polimedicalização não deve ser vista como um fator isolado. A resposta de um paciente ao seu tratamento envolve muitos fatores e não apenas o princípio ativo de um medicamento.

O resgate das histórias de vida das pacientes é fundamental para a compreensão da dor por elas sentida. Tendo a dor como queixa frequente e constante de todas as pacientes, fizemos análise dos discursos.

As entrevistas realizadas apenas para coleta de informações a respeito dos medicamentos em uso e queixas de saúde tornaram-se mais profunda. O laço de confiança criado permitiu que as pacientes pudessem relatar sua real visão sobre a velhice e sobre a dor.

Tendo em vista a dimensão dos dados coletados durante as entrevistas do acompanhamento Farmacoterapêutico, foi decidido que a análise qualitativa do rico material deveria ser feita para que os parâmetros biopsicossociais existentes na história de cada participante pudesse ser avaliado.

7.1 Doença processo x Doença experiência

Antes de analisar os PRM's encontrados, devemos verificar fatores referentes a relação entre a "doença processo" e "doença experiência", como elucidado por Eisenberg (1977). O termo "doença processo" está relacionado à patologia clínica, a anormalidades no funcionamento ou estrutura de órgãos ou sistemas. Em contrapartida, a "doença experiência" refere-se a experiência subjetiva do mal estar que é sentido pelo doente. Sendo assim, a doença não deve ser vista apenas como um processo patológico do organismo, mas sim como um processo decorrente de fatores sociais, psicológicos e fisiológicos.

Diferentemente do constatado por Souza e Lopes (2007), as idosas entrevistadas relataram ter frequentes problemas de saúde nos últimos seis meses. Os problemas de saúde citados estavam relacionados com a falta ou descuido do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e osteoporose.

Pela narrativa dos idosos, notou-se a necessidade do atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde. Como a demanda pelo atendimento é grande, as idosas são atendidas por diferentes médicos, que muitas vezes prescrevem novos medicamentos, sem que seja feita substituição ou análise de possível interação medicamentosa com os medicamentos já em uso pela paciente. Como citado por Souza e Lopes (2007), isto indica a “incapacidade de cuidar de si mesmo”, ou seja, é um fator que dificulta ou impossibilita a prevenção e manutenção da saúde individual.

7.2 Quem frequenta o CCLM?

Todas as participantes são mulheres com diferentes histórias de vida, entretanto, todas apresentam a dor como um denominador comum. Entre elas, foi possível identificar com clareza a ideia de abandono, o saudosismo e a compreensão sobre o que é a velhice.

Vale salientar que a velhice não possui significado único para as pacientes. Os fatores limitantes e a forma que as etapas do envelhecimento foram vividas tem relação direta como cada uma classifica a velhice.

A velhice pode ser compreendida como a incapacidade de trabalhar, viajar, etc. Como exemplo, podemos citar a paciente Tulipa, que trabalhou a vida inteira. Para ela, a dependência de terceiros faz com que se sinta idosa.

Como dito anteriormente, Tulipa mora sozinha e com isso passa a depender muito de favores dos filhos. Comenta “eles tem a casa deles, a família deles. Eu não gosto de ficar sendo um peso”. Ela fala dos filhos com muito carinho, mas fala diversas vezes da saudade que sente, uma vez que não os vê com tanta frequência.

Diferente de Tulipa, Margarida vive uma realidade em seus filhos são presentes, uma vez que moram com ela, mas ainda assim é possível inferir de seu discurso o saudosismo e a carência de afeto.

Margarida relaciona hospitais, sejam eles da rede pública ou privada, com a morte. Faz o possível para não procurar atendimento e não confia em muitos profissionais de saúde. Nas entrevistas feitas, Margarida fala dos filhos com muito afeto, mas, ainda assim, fala de saudosismo e abandono. Em uma das entrevistas, Margarida fez o seguinte relato “O médico a levou para o hospital e laela passou 16 dias. Mas foi um remédio que deram para ela. Ela estava bem, ja, estava dando sinal de memória. O médico fez a cirurgia só para ela morrer. Deram um remédio só para mata-la”

Lavanda é uma mulher com história de vida diferente das outras pacientes. É paraibana quando perguntada sobre o estado civil disse “sou moça velha”, termo nordestino utilizado quando a mulher nunca foi casada. Não gerou filhos e mora sozinha. Relatou durante as entrevistas que se considera uma mulher forte, que sente dor, mas que nunca gostou de lamentar-se.

São mulheres que durante a juventude trabalharam e desenvolveram importantes papéis em suas famílias, entretanto hoje a realidade é diferente. Todas falam com saudosismo das histórias de vida.

As dores da osteoporose são sentidas por todas, todavia, a forma como cada um percebe e convive com a dor é diferente. O passado, compreendendo este como a história de vida de cada uma, interfere na forma que estas mulheres se veem na velhice, e com isso na forma que elas lidam com a dor. Sendo assim, fatores subjetivos.

7.3 Percepções sociais da velhice

A representação da velhice associada às doenças é frequentemente feita. Na pesquisa realizada por Santos em Porto Alegre (2002), participantes de grupo da terceira idade foram entrevistados e responderam questões relacionadas ao significado da velhice. O resultado encontrado foi que existe uma maior tendência pensar o envelhecimento de modo associado ao maior esforço para o desenvolvimento de atividades que antes seriam facilmente desenvolvidas. Entretanto, 25 % dos entrevistados associou a velhice à doença.

Tulipa constantemente comenta sobre as atividades que antes conseguia desenvolver com facilidade, como ir ao mercado ou mesmo fazer uma caminhada, mas que

hoje não consegue realizar esse tipo de tarefa. Sobre isso, assevera “quem pega meus remédios é o marido da minha neta, pois eu não dou conta de ir lá buscar”.

No estudo feito por Motta (2006), na cidade do Rio de Janeiro, foi possível identificar que a população relaciona o envelhecimento ao desgaste, às dores, perdas físicas e psíquicas, limitações e velhice. O avanço da idade não foi visto como algo positivo. Das três pessoas participantes do trabalho, apenas Lavandanão relaciona diretamente o envelhecimento a dor, e também faz da dor uma limitação.

Quando questionada a respeito da relação entre a velhice e o termo “melhor idade” disse “Só de você imaginar que chegou até aqui, não tem coisa melhor. Porque eu sinto dor? 71 anos andando, não querer sentir nem dor”.

A forma como um medicamento é visto é diferenciada de acordo com a história de vida e estado de situação de cada pessoa. As mulheres selecionadas para o estudo apresentaram diferentes histórias de vida e diferentes idades, mas uma queixa em comum: a dor, assim como falta de conhecimento a respeito dos medicamentos em uso, o que foi relatado com uma “incapacidade de cuidar de si”.

Todas as etapas vividas por um ser humano compreendem mudanças e necessidade de adaptação a essas mudanças. Durante a infância e adolescência, as mudanças representam conquistas, como, por exemplo, a capacidade de levantar-se sozinho para dar os primeiros passos, ou mesmo as mudanças no corpo de um adolescente decorrentes da puberdade.

Na velhice, muitas vezes, as mudanças deixam de significar ganhos e passam a ser vistas como perdas. O aparecimento de cabelos brancos, as dores, as falhas na memória, dificuldade na locomoção e outras mudanças são vistas como perdas. A ideia de que o envelhecimento está associado às perdas é feita por muitos idosos, ao menos no caso desta pesquisa, isso pode ser constatado em todas as pacientes acompanhadas.

Santos (2002) cita em seu trabalho “é possível um envelhecimento bem-sucedido, mas em determinadas situações o estereótipo cultural de que a velhice é sinônimo de doença impede o indivíduo de aproveitar este momento da vida.” Vale dizer que das três mulheres entrevistadas, apenas uma, Lavanda, sente-se bem com a idade que tem.

Pode-se considerar que a paciente Tulipa faria parte do grupo identificado por Santos, pois acaba classificando o envelhecimento como sinônimo de doença. Mas isto não

apenas em razão do estado de saúde da paciente, como também em razão do meio em que ela vive posto que as perdas sofridas ao longo do processo do envelhecimento, como a incapacidade de trabalhar, compõe este meio.

7.4 Visão sobre a dor

Consigliere (1999) descreve alguns fatores que podem influenciar na percepção do indivíduo sobre a dor (1999, p. 59)

Cada sociedade humana integra a dor na sua própria visão de mundo, conferindo-lhe um sentido, um valor. Isso faz das sensações do corpo uma realidade mutável de uma cultura a outra, cuja fisiologia não se explica exclusivamente como uma ilha biológica virgem, mas também num contexto histórico e cultural preciso.

Por ter sua percepção influenciada por diversos fatores, o limiar de dor varia entre cada indivíduo. No entanto, em condições artificiais, para o desenvolvimento de medicamentos, este elemento parece não apresentar variações significativas, o que pode ser um fator dificultante para a adequação da posologia de cada paciente.

Segundo Carvalho (1999), a dor pode ser classificada em aguda e crônica, sendo que a dor crônica é mais desabilitadora. As respostas físicas, emocionais e comportamentais ligadas ao quadro de dor podem ser atenuadas, ou não, de acordo com variáveis sócio-culturais e psíquicas do indivíduo e do meio em que ele está.

De acordo com o *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é uma experiência sensorial e emocional, é uma manifestação subjetiva e tem sua apreciação variada de acordo com o indivíduo. A sensação da dor envolve não só mecanismos físicos e químicos, mas também psíquicos e culturais.

Como dito por Sarti (2001, p. 4)

A dor, como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjetiva. Aquele que sente a dor, dela diz, eu é que sei. (...) Quando se fala em dor, a tendência é associá-la a um fenômeno neurofisiológico. Admite-se, cada vez mais, que existam “componentes” psíquicos e sociais, na forma como se sente e se vivencia a dor. Esta concepção, no entanto, implica a dor como uma experiência corporal prévia, à qual se agregam significados psíquicos e culturais.

Como elucidado por Loduca e Samuelian (2003, p.385) “os traços da personalidade e humor também exercem importante papel na maneira como o paciente lida com a dor crônica”. Esses pontos puderam ser identificados nas pacientes Tulipa, Margarida e Lavanda, no sentido de que a percepção e manifestação da dor esteve notadamente relacionada à personalidade de cada indivíduo.

Diferentemente de Tulipa, Margarida habituou-se à dor. Relata que não há nada que possa ser feito sobre essa, que é algo esperado na velhice. Diz “passa setenta anos carregando um corpo pesado e não quer ter dor nenhuma? Não pode, quando a gente fica velho sente dor mesmo”. Pelo discurso, podemos perceber que Lavanda não relaciona a dor com a ausência de saúde, entretanto, faz relação entre o avanço da idade e a dor.

Como elucidado por Dahl e colaboradores (2009, p.247)

A dor é uma das razões mais requentes pelas quais as pessoas visitam o médico e, ao mesmo tempo, é um dos sintomas menos compreendidos. (...) nosso sistema de saúde encara a dor crônica como uma dor aguda persistente.

A avaliação do comportamento de um paciente em relação a sua dor é de fundamental importância. De acordo com Karolyn e Jensen (2009), a manifestação da dor feita por um indivíduo pode ser categorizada de acordo com a sua finalidade. Divide em três tipos de finalidade: comportamentos que comunicam a dor, comportamentos que enfrentam a dor e comportamentos que fazem parte do dia-a-dia.

Karolyn e Jensen (2009) definem como comportamentos que comunicam à dor aqueles que são expressos para manifestar o desconforto, como a vocalização, expressões faciais, postura corporais, dentre outros. Os comportamentos que enfrentam a dor são aqueles que permitem identificar o uso de recursos para que a dor seja sanada. Foi possível identificar os comportamentos nas três pacientes.

A forma mais comum de exteriorização da dor entre as paciente foi a fala, entretanto, a postura corporal foi o recurso utilizado por 2 das 3 pacientes. Tulipa e Margarida caminham encurvadas e com passos lentos. Margarida caminha com auxílio de uma bengala, ainda que essa não tenha sido prescrita. Tulipa mantém a expressão facial de uma pessoa angustiada e triste. Lavanda mantém a expressão facial de uma pessoa feliz, mas exterioriza através da fala as dores que sente.

A experiência pessoal da dor é complexa, multifuncional e mediada com componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. Carvalho (1999) demonstra a subjetividade da dor de acordo com a forma em que duas pessoas diferentes respondem de maneira diferente a um mesmo estímulo doloroso.

A forma de perceber e vivenciar a dor das três mulheres Tulipa, Margarida e Lavanda foram diferentes e influenciados pelos seus cotidianos. Como dito, a dor é um denominador comum entre as três, entretanto, sua história e convívio social parece ser um fator determinante na percepção da dor e nas limitações que a dor pode impor.

7.5 Práticas terapêuticas

As práticas terapêuticas das idosas entrevistadas estão diretamente ligadas ao tratamento medicamentoso. Todas afirmaram reconhecer os sinais da velhice e agravamento da saúde de acordo com o aumento da quantidade de medicamentos prescritos. Ainda de acordo com Souza e Lopes (2007), as idosas relataram que suas práticas terapêuticas são influenciadas pelo processo de medicalização do corpo.

Em contrapartida, é possível fazer analogia entre o relatado por elas, explicitado e o pensado por Levi-Strauss(1975) em seu texto “O feiticeiro e sua magia”. No texto, são abordados temas psicossociais sobre doença e cura, avaliando como a cura pode ser influenciada por tradições e crenças do grupo social em que o indivíduo está, mostrando assim como o psicossocial pode influenciar na cura.

Tulipa acredita que a mudança em sua rotina, implicada pela ausência de seu filho, é o fator responsável pelo desencadeamento de uma nova doença, assim como faz relação entre os episódios de maior dor com a solidão.

Em seu discurso, Lavanda fala na forma que relaciona a dor com a sua história de vida. Assim como Tulipa, Margarida demonstra que a presença dos familiares interfere na sua percepção da dor. Em todos os discursos, a presença das emoções está relacionada com a percepção da dor.

Tendo em vista a forma de sentir dor e como esta é manifestada, podemos analisar o texto em que Levi-Stauss(1975)diz “não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas

práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia”.

Se a ausência do afeto, carinho e atenção interferem contribuem para a percepção da dor, não seria a presença de um filho uma intervenção “mágica”? Para algumas pessoas apenas a presença do filho já seria responsável pelo desencadeamento da liberação de endorfinas, que contribuem para a diminuição da dor. O mesmo é válido para a atenção, carinho e afeto que quando prestados a um indivíduo doente, este pode manifestar melhoras em seu quadro clínica.

A atenção biopsicossocial é fundamental no atendimento de uma pessoa independente de sua faixa etária. A Anvisa define que há distinção entre o conceito de medicamento e o conceito de remédio.

Os medicamentos são substâncias preparadas em farmácias ou indústrias e devem seguir determinações legais de segurança, eficácia e qualidade. Os remédios são todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas e desconfortos. Como exemplo de remédios, podemos citar as massagens, banhos quentes, hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas, etc. Sendo assim, cuidado, afeto, carinho e qualquer outro método utilizado para aliviar uma doença pode ser considerado um remédio.

Podemos então questionar a necessidade da polimedicalização de diversas pessoas, especialmente das três pacientes acompanhadas, uma vez que o acompanhamento biopsicossocial, feito por uma equipe multidisciplinar poderia impedir o acontecimento de PRMs, tendo em vista que isso poderia reduzir o número de medicamentos prescritos, principalmente os que pertencem a classe anti-inflamatórios e dos antidepressivos.

É importante que seja compreendido que alguns pacientes não deveriam receber apenas tratamento medicamentoso. Le Breton (2013) fala em seu texto “alguns indivíduos levam sua vida num caminho de dor, que nenhuma circunstância chega a eliminar”. Em muitos casos, a experiência social dor pode ser utilizada com o intuito de chamar a atenção de pessoas do convívio do doente, nestes casos, a terapia exclusivamente medicamentosa

pode ser equivocada.

7.6 Identificação de PRM

A primeira entrevista foi voltada para a identificação do estado de situação de cada paciente, onde se fez uma correlação entre as queixas ou problemas de saúde relatados e os medicamentos em uso, prescritos ou não. Os quadros 02 a 04 trazem o resultado do estado de situação das pacientes Tulipa, Margarida e Lavada.

Ainda para complementar o estado de situação de cada paciente, foi requisitado que na entrevista seguinte as pacientes apresentassem as prescrições médicas constando dos medicamentos em uso, para se confirmar a posologia prescrita e a posologia em uso pela paciente.

Assim como Amarante et al (2010) o problema de saúde mais relatado foi a hipertensão. As pacientes não souberam relatar a data inicial do tratamento medicamentoso. De todas as entrevistadas, apenas uma sabia identificar qual medicamento era utilizado para tratar a hipertensão dos demais medicamentos utilizados.

Renovato e Trindade (2004) identificaram que nenhum paciente do estudo apresentou 100 % de adesão ao tratamento medicamentoso. O mesmo pode ser visto com as pacientes entrevistadas.

Ainda de acordo com Renovato e Trindade (2004), também foi possível identificar que a classe de medicamento mais utilizado era para o tratamento de doenças do sistema cardiovascular, ainda que a maior queixa de todas as paciente seja a dor crônica que sentem devido a osteoporose.

Assim como Borges (2010) foi identificado problemas na dispensação dos medicamentos, como por exemplo a ausência de orientação a respeito do uso correto do medicamento e ausência da identificação da posologia no blister dispensado. Este é um fator que contribui para a não adesão ao tratamento.

Todas as pacientes afirmaram saber a importância da adesão ao tratamento medicamentosa aliado a dieta balanceada e atividade física para o controle da hipertensão arterial sistêmica, mas todas admitiram que não seguiam estas recomendações, fazendo apenas o tratamento medicamentoso.

Em desacordo com o elucidado por Renovato e Trindade(2004), o PRM mais relatado em nossa pesquisa foi o PRM 2, em que o paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita. Isto mostra a farmacoterapia desnecessária e o não uso racional dos medicamentos.

Bonin e Viana (2008) identificaram, em seu trabalho, que a ocorrência de PRM 2 estava relacionada a presença de duplicidade Farmacoterapêutica, da mesma forma, os PRMs puderam ser solucionados após a intervenção farmacoterapêutica.

Segundo Dahl e colaboradores (2009), o tratamento médico tradicional para a dor crônica é feito através do manejo de medicamentos, sendo que os mais prescritos são: analgésicos, relaxantes musculares e antidepressivos. Este fator foi encontrado nas pacientes, uma vez que Tulipa e Lavanda fazem uso do mesmo medicamento relaxante da musculatura esquelética: Ciclobenzaprina.

O PRM encontrado com maior frequência foi o PRM 6, em que há reação adversa ao medicamento administrado. Este também foi um fato constatado por Renovato e Trindade (2004)

A pesquisa não foi realizada com o intuito de atender um grande número de pacientes, uma vez que esta era uma pesquisa qualitativa e não quantitativa, tendo isso em vista o número de participantes foi reduzido.

A escolha de pacientes idosos foi intencional, como dito anteriormente, esta é uma população que vem crescendo demograficamente e que geralmente faz uso da polifarmácia, o que muitas vezes pode estar relacionado com PRMs.

8. PERSPECTIVAS

Através do desenvolvimento deste trabalho foi possível identificar que os medicamentos são vistos pela população idosa como um componente fundamental para a garantia da saúde.

Para a realização da pesquisa foram selecionadas três participantes do CCLM, entretanto, vários outros participantes foram entrevistados para que a seleção pudesse ser realizada. Vale salientar que nenhum dos participantes idosos entrevistados fazia acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Foi possível identificar a carência do atendimento humanizado, especialmente para os pacientes da terceira idade, que por decorrência de fatores externos são mais fragilizados. O acompanhamento biopsicossocial poderia reduzir a polifarmácia e desmistificar a ideia de que no medicamento pode ser encontrada a qualidade de vida.

A sensibilização de profissionais da área da saúde para a análise qualitativa dos fatos, e não apenas a objetividade dos dados quantitativos deve ser feita. Os cursos devem formar profissionais que tenham sensibilidade para identificar em um paciente um ser completo, com problemas que vão além dos que podem ser quantificados em medidas previamente estabelecidas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o avanço da idade, diversas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, nutricionais e fisiológicas não são esperadas. Isso implica diretamente nos cuidados especiais que o paciente idoso e a equipe multiprofissional que o assistem devem ter.

Como foi elucidado anteriormente, a polifarmácia pode ser definida como o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos, algo que faz parte da rotina de muitos idosos.

A melhora no estado de situação das pacientes não deve ser associado apenas às mudanças feitas na farmacoterapia de cada uma. O cuidado farmacêutico e o atendimento personalizado direcionado a cada paciente teve influência direta nos resultados obtidos, principalmente na redução da percepção da dor das participantes.

Ainda que justificável, o uso da polifarmácia deve ser feito com precaução, uma vez que os medicamentos podem interagir entre si. Outro fator relevante é a dose do medicamento. Uma vez que o tratamento é para um paciente idoso, a dose e a posologia devem ser adequadas para as características de cada paciente, sendo este um fator ainda mais preocupante caso o paciente venha a fazer uso crônico dos medicamentos prescritos.

Com a pesquisa foi possível identificar que a polifarmácia está de fato presente na vida dos idosos. Em todos os casos, a idealização do medicamento como algo isento de perigo e fonte apenas da cura pode ser percebido.

A população idosa apresenta necessidade de acompanhamento de equipe multiprofissional, e a busca por diferentes alternativas de tratamentos deve ser feita. A terapia medicamentosa é importante, mas essa não necessariamente deve ser a primeira escolha no tratamento de um paciente.

A importância do acompanhamento farmacoterapêutico foi devidamente elucidada, sem esse não seria possível reconhecer PRMs, tendo em vista que os citados ocorrem há cerca de um ano e ainda não haviam sido identificados.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, D. M. D., PERASSOLO, M. S., Possíveis Interações Medicamentosas entre medicamentos anti-hipertensivos e anti-diabéticos em participantes do grupo HIPERDIA de Parobé, RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v.33, n. 1, p. 99 – 105. 2012

AMARANTE, L. C., et all. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos usuários da farmácia popular: avaliação das intervenções farmacêuticas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**. v. 15, n. 1, p. 29-35, 2011.

BLANSKI, C. R. K., LENARDT, M.H.A. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**.. v. 26, n. 2, p. 180 – 188. 2005.

BONIN, R. F., VIANA, W. D. Relato de experiência na prevenção de eventos adversos a medicamentos com medicamentos em pacientes idosos com trauma ortopédico.– Universidade Federal Fluminense, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos**, Brasília, 2010, 104p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/Cartilha%2BBaixa%2Brevis%C3%A3o%2B24_08.pdf>. Acesso em: 15/10/2014.

BORGES, G. P. M. et al. Análise dos receituários de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede privada de farmácias de Belém – Pará. **Revista Infarma**, v. 20, n. 9/10, p. 26-31, 2008.

CARVALHO, M. M. J., **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. 340p.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**.. v. 31, n. 2 São Paulo. 2000

DAHL, J.; WILSON, K. G.; LUCIANO, C.; HAYES, S. C.;
Mecanismos psicocomportamentais em dor. In: **Dor :Princípios e Práticas**. Porto Alegre:
Ed. Artmed. 2009. Cap.18; p. 235 – 246.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of
sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**. v. 1, n. 1, p. 9-23.1977.

Estatuto do Idoso Lei Federal nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003.

FLORES, L. M.; COLET, C. F., Riscos da Polifarmácia em clientes idosos. In: **Abordagem
interdisciplinar ao idoso**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010. Cap.23, p. 287 – 298

GOLDENBERG, Mirian. A Arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências
Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HEPLER, CD; STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J
Hosp Pharm*. v. 47, p. 533-543, 1990.

HERNÁNDEZ, D. S., CASTRO, M. J., DÁDER, J. F. **Método Dáder. Manual de Seguimento
Farmacoterapêutico**. Tercera edición. Grupo de Investigación e Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada. Granada – ES, 2007.

IBGE. **Características Gerais da População**. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais/pdf/Publicacao_completa.pdf>. Acesso em: 12/10/2014

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**, revisão 2008.
Disponível em:<
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em 13/10/2014

IVAMA, A. M., NOBLAT L., CASTRO, M. S., OLIVEIRA, N.V.B.V., MARIN, N.J., **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

LEVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro:.. Templo Brasileiro.; 2008 . p. 181-201.

LE BRETON, D. **Antropologia da Dor**. São Paulo, Fap-Unifesp. 2013. 248p.

LOURENÇO, R. A., MARTINS, C.S.F., SANCHEZ, M.A., VERAS, R.P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n.2 p. 311-318, 2005.

MAANEN, J. V. Reclaiming qualitativemethods for organizationalreshersh: a preface. **Administrative Science Quaterly**. V. 24, n. 4, p 520 – 526. 1979

MACHUCA, M. FERNÁNDEZ- LIMÓS, F. FAUS, M.J. **Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico**. Granada, Universidade de Granada, 2003.

MARTINEZ, R.F., FERNANDEZ, L.F., GASTELURRUTIAG, M.A., PARRAS, M., FAUS, M.J. Programa Dáder de seguimientodeltratamiento farmacológico. resultados de lafasepiloto. **ArsPharm**; v.42 p. 53 - 65. 2001

MIRANDA R. D. , PERROTI, T. C., BELLINAZI, V. R., NÓBREGA, T. M., CENDORO GLO, M. S. NETO, J. T. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 9, n.3, p.293 – 300. 2002.

MOTTA, A. B. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.).

Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. Cap. 8, p.78-82.

NETO, O. A.; COSTA, A. M. C.;SIQUEIRA, J. T.; TEIXEIRA, M. J. et al.**Dor** :Princípios e Práticas.Porto Alegre: Ed. Artmed, 2009.

OLIVEIRA, D. C.; SILVA, E. M.; Cuidado ao idoso em Campinas-SP: estudo qualitativo com gestores e representantes políticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 6, p. 942 – 949. 2012

OLIVEIRA, M. P. F., NOVAES, E. R. C. G.; Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil.**Ciências saúde coletiva**; v. 18, n. 4, p. 1069 – 1078. 2013.

OLIVEIRA, M. P. F., NOVAES, E. R. C. G.;Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF.**Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 65, n. 5, p. 737 - 744. 2012.

POLACOW, M. B. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**, 2 ed, São Paulo: Manole, 371p. 2006.

RECH, N. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

RENOVATO, R. D., TRINDADE, M. F., Atenção Farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul.**Infarma**. V. 16 n. 11, p. 49 – 55. 2004.

RIBEIRO A. Q., ROZENFELD S., KLEIN, C.H., CESAR, C.C., ACURCIO, F.A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**. V. 42 n.4;p. 724 – 732. 2008.

SANTOS, G. A.; Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Textos&Contextos**. V. 1, A. 1; 2002.

SARTI, C.A., A dor, a iniciativa e a cultura. *Revista Saúde e Sociedade*. v.10, n.1, p:3-13. 2001.

SCHIESARI, L.; Envelhecimento Populacional e as repercussões na saúde. *Rev. Diagnóstico*. São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://www.diagnosticoweb.com.br/especiais/envelhecimento-populacional-e-as-repercussoes-na-atividade-hospitalar.html>> . Acesso em 07/10/2014

SILVEIRA, I.C. **Sinais e Sintomas na Prática Médica**. 3ª. ed. Ed. Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, A. C; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**.; v. 41, n. 1, p. 52 – 56. 2007.

World Health Organization. **Health statistics and health information systems: definition of an older or elderly person**. Geneva:, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: nov. 2013.

YOKOYAMA, C.S, MARLUCELLI, A., MORO, C. M. C., HIRANO, L.R., NOHAMA, P. Proposta de Sistema de Informação para Atenção Farmacêutica baseado no Método Dáder. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**. V. 32, n. 1, p. 19 – 26.2009.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/FACULDADE DE CEILÂNDIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa e extensão vinculado à universidade de Brasília (UnB) “Atenção Integrada à Saúde do Idosos de Ceilândia/DF”. Este projeto, entre outras atividades, terá como objetivo realizar ações de acompanhamento farmacoterapêutico, ou seja, acompanha-lo(a) no seu tratamento com medicamentos. Para este acompanhamento estaremos trabalhando com um grupo limitado de idosos do Centro de Idosos Luísa de Marillac de Ceilândia, realizando atendimentos de forma individualizada e em grupo, visando um melhor resultado do seu tratamento. As atividades serão desenvolvidas por uma equipe composta de professores, alunos e profissionais parceiros do projeto. Essas informações serão utilizadas para discussão de casos entre a equipe e planejamento de ações, assim como, poderão ser utilizadas para elaboração de trabalhos científicos, como artigos, livros e resumos. Será assegurado que seu nome não aparecerá em nenhum documento produzido pelo projeto, sendo mantido em sigilo e omissão de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a), conforme a Resolução 196/96, que regulamenta a ética em pesquisa no Brasil.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, sem acarretar qualquer ônus financeiro a nenhuma das partes. O(a) Senhor(a) está livre para se recusar a responder qualquer pergunta que possa lhe parecer inapropriada, e poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Entretanto pedimos, que caso tenha interesse de participar, seja sincero nas suas colocações. Para o êxito do acompanhamento farmacoterapêutico é necessária uma relação de confiança entre as partes.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o nº 201.581. Esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos a qualquer momento contatando a pesquisadora responsável, Prof^aDr^aMargô Gomes de Oliveira Karnikowski, nos telefones (61) 9956-5999 ou (61) 3376-0252 ou a Prof^aMSc. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, nos telefones (61) 8175-5279 ou (61) 3202-9921.

Eu,....., fui informado(a) dos objetivos desta pesquisa, entendi todas as informações contidas nesta declaração, recebi uma cópia da mesma e concordo em participar do projeto de pesquisa.

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Integrada à Saúde do Idoso de Ceilândia/DF

Pesquisador: Margô Gomes de Oliveira Kamikowski

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08606313.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 201.581

Data da Relatoria: 25/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa „Atenção Integrada à Saúde do Idoso de Ceilândia/DF”, na área de Ciências da Saúde, de autoria de Margô Gomes de Oliveira Kamikowski, pesquisadora da Faculdade da Ceilândia (FCE-UnB).

A população idosa no Brasil tem crescido em ritmo constante nas últimas décadas impulsionada pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, acrescentando-se a melhoria das condições de saneamento básico e avanços tecnológico-científicos na área da saúde desde a década de 1960. Dados do censo de 2010 (IBGE) mostram que a população de idosos brasileiros, ou seja, o grupo etário de 60 anos ou mais, cresceu 42% em relação ao censo de 2000, contrastando com a população total que cresceu somente 12%. Neste contexto, emergem necessidades e desafios em diversos campos, entre eles educação e saúde, particularmente em saúde do idoso, uma vez que com o envelhecimento surgem doenças crônicas e incapacitantes. O projeto apresentado tem como objetivo fomentar ações integrativas e sustentáveis, de modo a promover o envelhecimento saudável e ativo, com qualidade de vida, valorizando a convivência e o aprendizado em grupo, por meio da integração entre idosos e a comunidade acadêmica, bem como, do trabalho interdisciplinar. Em adição, busca fomentar ações que visem à aproximação dos alunos de graduação e pós-graduação com conteúdos e práticas relacionados ao processo de envelhecimento e aos cuidados em saúde do idoso. Para tanto, serão desenvolvidas oficinas e dinâmicas em grupo de idosos e atendimentos individuais. O estudo transversal ocorrerá de

Endereço: Facul. de Ciências da Saúde-Campus Daroy Ribeiro
Bairro: Lago Sul CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3307-2113 Fax: (61)3307-3799 E-mail: oepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



novembro de 2012 à dezembro de 2013. Serão analisadas variáveis quantitativas e qualitativas relacionadas ao perfil de saúde dos idosos participantes, às suas percepções quanto às atividades desenvolvidas e sua qualidade de vida. O trabalho da equipe de 15 colaboradores integra a vocação do Campus da FCE-UnB voltada para preocupação com problemas da comunidade local.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Fomentar ações integrativas e sustentáveis, onde idosos da comunidade da cidade de Ceilândia/DF possam trocar experiências entre si, comunidade acadêmica e sociedade, estimulando e desenvolvendo a percepção e saberes dos envolvidos em relação aos seus papéis, enquanto sujeito individual e coletivo, de modo a promover o envelhecimento saudável e ativo, com qualidade de vida.

Objetivos Específicos:

1. Resgatar a história de receitas de culinária em família transmitidas através de diferentes gerações enquanto estratégia para promover e estimular a reflexão crítica sobre hábitos de vida saudáveis; 2. Confeccionar um livro de receitas culinária em família, transmitidas através de diferentes gerações, valorizando o saber e história do idoso; 3. Estimular a reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no projeto acerca dos aspectos culturais, psicológicos, sociais e biológicos que acompanham o envelhecimento ativo; 4. Criar um cenário de formação de cidadania e compromisso social dos futuros profissionais em saúde da FCE/UnB com a comunidade idosa, integrando ensino, extensão e pesquisa às práticas de saúde para o envelhecimento ativo; 5. Conhecer a realidade social e de saúde dos idosos, identificando indicadores de risco para este grupo etário na comunidade de Ceilândia (DF), os quais possam servir de subsídio para o planejamento conjunto de possíveis intervenções e de ações sustentáveis em saúde. 6. Identificar talentos esquecidos ou novos, no âmbito das artes, entre o grupo de idosos, para planejar ações de geração de renda envolvendo esses indivíduos; e 7. Contribuir para o melhor gerenciamento de saúde da pessoa idosa em Ceilândia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o apresentado os riscos e benefícios são:

Riscos: Criar uma demanda de grupos de idosos por assistência multiprofissional que não seja atendida após o término do projeto.

Benefícios: Oferta de cuidado integrado à saúde do idoso, e melhora na sua qualidade de vida; possibilidade do projeto transformar-se em programa com ações permanentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A amostra por conveniência estimada de sujeitos de pesquisa é de 300 idosos, homens e mulheres

Endereço: Faoul. de Ciências da Saúde-Campus Daroy Ribeiro
Bairro: Lago Sul CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (81)3307-2113 Fax: (81)3307-3799 E-mail: oepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB 

acima de 60 anos, pertencentes ao Centro de Saúde número 04 da Ceilândia/DF (CS04), e idosos da comunidade da mesma localidade.

Critério de Inclusão: Todos os idosos, homens e mulheres acima de 60 anos, pertencentes ao Centro de Saúde número 04 da Ceilândia/DF (CS04), bem como, idosos da comunidade da mesma localidade que aceitarem o convite para participar das atividades previstas no projeto. **Critério de Exclusão:** não apresentado. O projeto tem financiamento próprio de acordo com o apresentado. Tem previsão de início em novembro de 2012 a dezembro de 2013. Participam do projeto o pesquisador principal e uma equipe de 14 colaboradores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os documentos necessários para a análise do processo. A folha de rosto está devidamente preenchida e assinada pela pesquisadora proponente Margô Gomes de Oliveira Kamikowski, e pela Profa. Diana Lúcia Moura Pinto diretora da Faculdade UnB Ceilândia. O termo de responsabilidade está de acordo. Os termos de concordância da Regional de Ceilândia (DF), do Centro de Saúde número 04 da Regional de Ceilândia e e do Centro Comunitário do Idoso Luisa Marillac, estão devidamente instruídos e assinados por suas diretoras.

O TCLE apresenta erros de ortografia (experiências) e de concordância (quaisquer ônus financeiro), também acrescenta a cessão de direito de imagem ao texto, ao invés de documento específico para isso.

Recomendações:

Sugiro:

Corrigir e alterar TCLE.

Fazer termo exclusivo de cessão de imagem e som.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Corrigir e alterar TCLE.

Fazer termo exclusivo de cessão de imagem e som.

observação: As pendências foram acatadas e corrigidas, o termo de cessão de imagem adequadamente elaborado. O TCLE ainda apresenta problemas de concordância, mas que não comprometem o entendimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faoul. de Ciências da Saúde-Campus Daroy Ribeiro
Bairro: Lago Sul CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (81)3307-2113 Fax: (81)3307-3799 E-mail: oepfs@unb.br

ANEXO 2 – PRIMEIRA VISITA

PRIMEIRA VISITA

PACIENTE n^o: / /

PROBLEMAS / PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

Controlado Início

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

SACOLA COM MEDICAMENTOS

Nome 1:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10.algo estranho?	



Nome 2:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 4:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 5:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 6:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 7:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 8:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 9:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 10:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	

Nome 11: 1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	ADERE: M, R, P 6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	CONHECE: M, R, P
Nome 12: 1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	ADERE: M, R, P 6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	CONHECE: M, R, P
Nome 13: 1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	ADERE: M, R, P 6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	CONHECE: M, R, P

M= Muito bom R = Regular P = Pouco

Medicamentos usados anteriormente

Nome 1: 1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?
Nome 2: 1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?
Nome 3: 1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?
Nome 4: 1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?
Nome 5: 1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

ANEXO 4 – Ficha De Intervenção

PACIENTE nº: / / Data de Inicio:

Tipo de PRM: 1 2 3 4 5 6

PRM:

Risco de PRM:

Medicamento(s):

Problema de Saúde:

DESCRIÇÃO DO PRM (Começar a frase com Necessidade - ou não -, Inefetividade o Insegurança).

CAUSA:

1. Interação
 2. Não adesão
 3. Duplicidade
 4. Nenhuma das anteriores

Descrever

O QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O PRM:

VIA DE COMUNICAÇÃO:

1. Verbal farmacêutico – paciente
 2. Escrita farmacêutico – paciente
 3. Verbal farmacêutico – paciente – médico
 4. Escrita farmacêutico – paciente – médico

RESULTADO:

	<i>P. Saúde Resolvido</i>	<i>P. Saúde não Resolvido</i>
<i>Intervenção Aceita</i>		
<i>Intervención Não aceita</i>		

O QUE OCORREU?

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTAVA UTILIZANDO (na data da intervenção):

Nº VISITAS ANTERIORES A RESOLUÇÃO: _____

Data final da Intervenção: _____