

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROPOSTA DE MONITORAMENTO DO IDOSO QUE ESTÁ FAZENDO
USO INADEQUADO DE MEDICAÇÃO**

MARIA LUÍZA MOREIRA SOARES

TEÓFILO OTONI / MG

2011

MARIA LUÍZA MOREIRA SOARES

**PROPOSTA DE MONITORAMENTO DO IDOSO QUE ESTÁ FAZENDO
USO INADEQUADO DE MEDICAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eulita Maria Barcelos

TEÓFILO OTONI / MG

2011

MARIA LUÍZA MOREIRA SOARES

**PROPOSTA DE MONITORAMENTO DO IDOSO QUE ESTÁ FAZENDO
USO INADEQUADO DE MEDICAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof^a Eulita Maria Barcelos – orientadora

Prof. Olavo Azevedo

Aprovada em Belo Horizonte: 04 / 02 / 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me iluminado na realização desse trabalho, dando-me coragem para conseguir concluir e por proporcionar a oportunidade de realizar esta pós-graduação. Aos meus pais, que são a base de tudo para mim, apoiando-me nos momentos difíceis com força, confiança e amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los. A minha orientadora Eulita pelo incentivo, dedicação e paciência. E a todos, que de alguma forma confiaram em meu potencial e minha força de vontade de vencer.

“É parte da cura o desejo de ser curado”

Sêneca

RESUMO

Inúmeros estudos vêm mostrando o aumento significativo de idosos nos últimos tempos, o envelhecimento populacional é uma tendência inexorável e vem se tornando um processo rápido e intenso. Com o aumento da expectativa de vida, as pessoas idosas, podem apresentar muitas doenças crônicas que requerem tratamento farmacológico contínuo com um número cada vez mais alto e diversificado de medicamentos e consomem também mais serviços de saúde ficando as internações mais frequentes e mais longas. Frente a esta situação surge a necessidade de se pensar uma estratégia para melhorar a organização do serviço que possibilite o monitoramento do uso de medicamentos de forma sistematizada dos idosos que fazem uso de alguma medicação, na tentativa de orientar a forma correta de tomar a medicação que lhes é prescrita. De modo geral este é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, pois a não adesão aos medicamentos ocorre também em adultos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o uso inadequado de medicação por parte dos idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família. Para o desenvolvimento do estudo, optou-se por fazer uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de levantamento de artigos publicados na base de dados Scielo e Lilacs e também dos Manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Os resultados apontaram que os principais fatores que dificultam a adesão do idoso ao tratamento são a idade avançada, sexo, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, dificuldades de adaptação (dose, horário, quantidade), presença de efeitos colaterais indesejáveis, incapacidade física, cultura e crenças da população, falha na distribuição gratuita da medicação pelo serviço de saúde, entre outros.

DESCRITORES: Saúde do Idoso. Polifarmácia. Atenção Primária a Saúde. Adesão à medicação.

ABSTRACT

Numerous studies have shown a significant increase of the elderly in recent years, population aging is an inexorable trend and is becoming a fast and intense. With increased life expectancy, the elderly, may have many chronic illnesses that require continuous pharmacological treatment with an increasingly high number and diverse range of drugs and they also consume more health services becoming more frequent hospitalizations and longer. Faced with this situation arises the need to think a strategy to improve the service organization that enables the monitoring of medication use in a systematic manner the elderly who make use of some medications in an attempt to guide the correct way to take the medication they are prescribed. Overall this is one of the biggest challenges faced by health professionals working in primary care, because non-adherence to medication also occurs in adults with diabetes and hypertension. This work aims to conduct a literature review on the inappropriate use of medication by elderly users of the Family Health Strategy. To develop the study, it was decided to make a narrative review of the literature was carried out through survey of articles published in the database Scielo and Lilacs Books and also the Ministry of Health and State Health Secretariat of Minas Gerais. . The results showed that the main factors to the adherence to the treatment of the elderly are older age, sex, alcohol consumption, smoking, adjustment difficulties (dose, time, quantity), presence of undesirable side effects, physical disability, culture and beliefs of the population, failure in the distribution of medication by the health service, among others.

KEYWORDS: Health, Polypharmacy, Primary Health Care, Adherence to medication.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	12
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 Processo do Envelhecimento.....	15
4.2 Epidemiologia do Envelhecimento	17
4.3 Patologias Crônicas que podem acometer o Idoso	19
4.4 Dificuldade de adesão do Idoso ao tratamento	22
4.5 Fatores interferentes na adesão ao tratamento.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIA	28

1 INTRODUÇÃO

Segundo Chaimowicz *et al.* (2009), o aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; à exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio desse processo.

Inúmeros estudos vêm mostrando o aumento significativo de idosos nos últimos tempos, o envelhecimento populacional é uma tendência inexorável e vem se tornando um processo rápido e intenso. Este aumento não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas progressas. A queda da mortalidade deu início à transição demográfica que resultou diretamente no aumento da expectativa de vida aumentando-se assim a população idosa (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

Segundo o autor acima referenciado, no Brasil o aumento na expectativa de vida foi impulsionado pelos progressos na produção e distribuição de alimentos, melhoria das condições sanitárias e de habitação e programas de saúde pública. Outros fatores que contribuíram para o aumento da expectativa de vida são: a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações. A queda da taxa de fecundidade, a partir de 1970 causou redução da proporção de crianças na pirâmide populacional, com conseqüente aumento proporcional da população de adultos e idosos.

No *ranking* mundial dos países com os mais altos números de idosos na população, o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025. Entre 2000 e 2020 a proporção de idosos passará de 5% para 10%. A expectativa de vida dos homens chegará aos 70 anos e a das mulheres 76 anos. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

Segundo Lima; Barreto; Giatti (2003), na faixa etária de 60 anos ou mais as pessoas merecem uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais devido ao aparecimento de doenças degenerativas e até comprometimento mental e outras co-morbidades, que reduz drasticamente a qualidade de vida destes indivíduos e conseqüentemente aumentam a sua dependência familiar e a demanda por atendimento de saúde.

Rouquayrol (1994) citado por Araújo & Garcia (2006), corroboram abordando que o mais preocupante é o significativo aumento da carga de doenças cardiovasculares, que constituem as causas mais freqüentes de óbito da população idosa.

Uma das conseqüências do envelhecimento é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais devido à piora da condição de saúde (SILVESTRE, J. A. e COSTA NETO, M. M. 2003).

Na minha experiência como enfermeira na área onde atuo, tenho percebido que os idosos em geral, apresentam muitas doenças crônicas que foram acumuladas ao longo da vida e que requerem tratamento farmacológico contínuo com um número diversificado de medicamentos e cada vez mais alto e consomem mais serviços de saúde pelas próprias condições dos idosos ou pelas complicações das doenças. As internações são mais frequentes e mais longas, havendo um predomínio de doenças crônicas e múltiplas, as quais persistem por vários anos, o que interfere na qualidade de vida do idoso.

Considerando que o envelhecimento do organismo se acompanha de redução da reserva de diversos sistemas fisiológicos, devemos ficar atentos ao aumento do risco e a intensidade de efeitos adversos e modificações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas prescritas e também de drogas não prescritas, pois percebe-se que vários idosos se automedicam.

Outra percepção que eu tenho é que o uso inadequado do medicamento interfere na resposta terapêutica havendo uma demora na melhora dos sintomas da doença apresentada pelo idoso causando aumento na demanda de atendimento do idoso por suas idas e vindas à Unidade de Saúde sem resultado no tratamento. A não utilização ou utilização inadequada da medicação podem contribuir para o aparecimento de complicações das patologias já existentes que vão interferir na dependência e na autonomia do idoso e por sua vez vão refletir na sua auto estima e na sua qualidade de vida, exigindo assim mais cuidados dos familiares, acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares com maior periodicidade.

Frente a esta situação surge a necessidade de se pensar uma estratégia para melhorar a organização do serviço para possibilitar o monitoramento de forma

sistematizada dos idosos que fazem uso de alguma medicação na tentativa de orientar a forma correta de tomar a medicação que lhes é prescrita, de certa forma intervindo na prevenção dos agravos à saúde e assistindo o indivíduo em toda a sua longevidade seria o desejável.

Segundo Busnello (2001), a não adesão ao tratamento proposto pode resultar em grande prejuízo a saúde do paciente, seqüelas irreparáveis e até mesmo a morte.

De modo geral este é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, pois a não adesão aos medicamentos ocorre também em adultos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Diante destas questões proponho desenvolver uma revisão de literatura sobre o uso inadequado de medicação por parte dos idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este é um grande problema que a equipe de saúde tem encontrado todos os dias na unidade de saúde, pois a maioria dos pacientes idosos não tomam os medicamentos com regularidade e isso acaba acarretando grandes prejuízos à saúde pública devido as internações por complicações das doenças já instaladas e não tratadas adequadamente pelo uso irregular dos medicamentos.

Os serviços de saúde, por sua vez, possuem um papel relevante na redução das doenças crônicas e nas complicações em decorrência dessas patologias, mas o que se percebe através da rotina de trabalho na equipe de saúde da família é que faltam ações voltadas para uma melhor estruturação das ações da equipe no atendimento ao idoso.

2 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o uso inadequado de medicação por parte dos idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3 METODOLOGIA

Os instrumentos, procedimentos e etapas que orientam o pesquisador na elaboração de uma pesquisa, são definidos pela metodologia por ele escolhida. A metodologia assume o papel de um eixo norteador de uma pesquisa (MARCUS, 2001).

Para Minayo (2003), a metodologia é o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado.

Demo (2000), aborda que a pesquisa possibilita o pesquisador entrar em contato pessoal com as teorias, por meio da leitura, levando à interpretação própria.

Na elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão de literatura – tipo narrativa uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto.

Para Lakatos e Marconi (2001, p.43), a pesquisa bibliográfica “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”.

Rother (2007. sp) tem a seguinte definição para a revisão narrativa:

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

[...] Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

No desenvolvimento deste estudo foram utilizadas as bases de dados: Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library on Line) na busca das publicações e também dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais.

Como descritores utilizados foram: Saúde do Idoso; Polifarmácia; Atenção Primária a Saúde; Adesão à medicação.

Foram considerados os artigos escritos no idioma português e inglês publicados entre os anos de 2000 e 2011. Foram considerados todos os delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Os artigos foram analisados, selecionados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura.

Os resultados e discussão dos dados foram apresentados em forma descritiva.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi abordada partindo do contexto mais geral do processo e epidemiologia do envelhecimento. Foram também apresentadas as principais patologias crônicas que podem acometer o idoso, prosseguindo foram descritas as dificuldades de adesão do idoso ao tratamento e fatores interferentes na adesão.

4.1 Processo do Envelhecimento

No entendimento de Rodrigues e Soares (2006.p.2) o “envelhecimento é um processo vitalício e os padrões de vida que promovem um envelhecimento com saúde são formados no princípio da vida.” Os autores salientam que o olhar que a sociedade tem sobre os idosos e o tipo de relação que ela estabelece com eles são influenciados pelos fatores sócio-culturais.

Dentro de uma visão de Papaléo Netto (2002) citado por Figueiredo e Tonini, (2009, p.31).

O envelhecimento é um processo, a velhice é uma fase da vida e o velho ou o idoso é o resultado final. Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Berger; Mailloux-Poirier (1995) citado por Figueiredo e Tonini (2009) relatam que a velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade, afirmando a complexa heterogeneidade da velhice.

Jeckel Neto; Cunha (2002) citado por Figueiredo e Tonini (2009) descrevem que as mudanças que ocorrem após a maturação sexual e que vão prosseguindo no decorrer da vida, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.

Para Bandeira *et al.* (2006), pode-se dizer que envelhecimento é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade.

Envelhecer é um processo natural, que começa no nascimento e se prolonga por todas as fases da vida. Como podemos perceber, definir envelhecimento é algo muito complexo, portanto não é possível escolher um indicador único.

É importante ressaltar, por ser um fato biológico e cultural, que o envelhecimento, deve ser visto sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. O modo como as pessoas tratam os idosos vai depender dos valores e da cultura de cada pessoa e da sociedade em que ela está inserida (RODRIGUES ; SOARES, 2006).

4.2 Epidemiologia do Envelhecimento

O envelhecimento populacional tem levado a uma reorganização do sistema de Saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas que apresentam, além do fato de que incorporam disfunções nos últimos anos de suas vidas.

Ao contrário do que se imagina comumente, o processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade (CARVALHO; GARCIA, 2003).

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo, é estimada pelo nível de independência e autonomia (BANDEIRA, 2006).

De acordo Chaimowicz *et al.* (2009), há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A queda inicial da mortalidade se concentra entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar a população mais jovem. Esses “sobreviventes” tornam-se adultos e passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e hipercolesterolemia.

Decorrente da transição demográfica ocorre mudanças na transição epidemiológica, o que resulta mudanças no perfil de doenças da população. Em um país essencialmente jovem, as doenças são caracterizadas por eventos causados por moléstias infecto-contagiosas, já o perfil de doenças no idoso muda para o padrão de doenças crônicas (NASRI, 2008).

Aumenta-se o número de idosos com problemas crônicos, estima-se que entre 75% e 80% da população de 60 anos e mais na América Latina tem pelo menos uma doença crônica (WONG; CARVALHO. 2006).

Em 2003 as principais causas de morte de mulheres idosas no Brasil foram as doenças do aparelho circulatório seguidas pelos óbitos por causas mal definidas, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes. Nos últimos 25 anos a proporção de óbitos por doenças circulatórias em idosos em ambos os sexos diminuiu cerca de 10% e os por causas mal definidas em torno de 5% (CHAIMOVICZ *et al.*, 2009).

Kalache (1987) citado por Chaimovicz *et al.* (2009.p. 28) afirma que em vez de processos agudos que, para o sistema de saúde, “se resolvem rapidamente

através da cura ou do óbito”, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que requerem décadas de utilização do serviço de saúde.

O aumento no número de doenças crônicas leva os idosos a ingerirem maior número de medicamentos e a chance de estarem tomando essas medicações erroneamente aumenta, daí a necessidade do monitoramento constante dessa população.

4.3 Patologias Crônicas que podem acometer o Idoso

No Brasil, segundo Vargas (2009) o envelhecimento populacional trouxe um aumento concomitante e expressivo na prevalência de doenças ou condições crônicas de saúde. E para controle destas condições crônicas requer-se o uso de maior quantidade de medicamentos, o que favorece interações com outras drogas que possam ser prescritas.

Dentre outras conseqüências do envelhecimento, a mais preocupante é o significativo acréscimo de doenças cardiovasculares, que constituem as causas mais freqüentes de óbito da população idosa (ROUQUAYROL 1994 citado por ARAÚJO & GARCIA 2006).

As doenças crônicas são persistentes e necessitam de cuidados permanentes, os indivíduos muitas vezes necessitam alterar hábitos de vida e aderir a tratamentos medicamentosos. Anderson citado por Figueiredo e Tonini (2009) relata que as doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais que raramente podem ser curados. Embora nem todas as doenças crônicas sejam mortais, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos.

Conforme Chaimowicz *et al.* (2009), no campo da gerontologia considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional. Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso, como é o caso da osteoartrose, catarata ou sequelas do acidente vascular cerebral.

As principais patologias crônicas que podem acometer os idosos são conhecidas como os gigantes da geriatria: iatrogenia; incontinência urinária; instabilidade postural, quedas e fraturas; doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e *delirium*) e síndrome de imobilidade (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Em decorrência das patologias e do estado fragilizado do idoso os agravos à saúde ocorrem com mais freqüência e a população idosa torna-se a grande usuária dos serviços de saúde, diante disso esta população merece uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais de saúde. Isso é o reflexo do aumento da

prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos (LIMA; BARRETO; GIATTI. 2003).

Lima-Costa (2000) refere que no Brasil, ocorre paralelamente um aumento progressivo do custo das internações hospitalares públicas e o tamanho da população idosa, esta relação aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos.

O aumento da demanda por serviços médicos e sociais devido à piora da condição de saúde é uma das conseqüências do envelhecimento populacional brasileiro (SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M.2003).

Para Franchi *et al.* (2005), a população idosa vem aumentando muito, conseqüentemente vem ocorrendo uma maior expectativa de vida, provavelmente relacionada a um melhor controle de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas. Tal aumento do número de idosos resulta na necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao processo patológico no envelhecimento, Floriano (2007) afirma ser fundamental para a compreensão do processo saúde-doença e dos determinantes da qualidade de vida, que a equipe de saúde observe o indivíduo dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças.

Silvestre afirma que os cuidados de um profissional de saúde para com o idoso têm como objetivo à manutenção de seu estado de saúde junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia (SILVESTRE, 2003).

Portanto, os problemas que cercam as pessoas acima de 60 anos, têm merecido o interesse dos órgãos públicos, da sociedade em geral (BRASIL, 2007).

Um desafio encontrado é a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, os indivíduos correm um grande risco de saúde, de complicações das patologias já existentes ou outra comorbidade. Como conseqüência da falta de adesão tem-se o exemplo da hipertensão que, quando não tratada, pode evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular (PRADO; KUPEK ;MION, 2007).

Segundo Gusmão (2005), as sequelas deixadas pelo acometimento de algum

órgão alvo (coração, rins, cérebro, olhos, vasos e artérias) devido a não adesão ao tratamento acarretam uma piora na qualidade de vida do idoso, incapacitando-o até mesmo para tarefas simples do dia a dia, o que pode ocasionar aumento do nível de stress, diminuição da auto-estima e quadros depressivos.

“O aumento da idade independentemente representa um aumento no desenvolvimento das doenças cardiovasculares” (SERRO-AZUL & PAULA, (1998) citados por CAMARGO JÚNIOR, (2001, p. 16).

4.4 Dificuldades de adesão do Idoso ao tratamento

Um dado nível de motivação é necessário para atingir adesão contínua e, mais importante, para sustentar práticas de autocuidado ao longo do tempo. A motivação é fundamental à manutenção de práticas de autocuidado em idosos acima de 65 anos e antecede qualquer adesão a tratamentos e práticas recomendadas (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Compreende-se por adesão ao tratamento farmacológico o grau de concordância entre o conselho médico e o comportamento do paciente (DOSSE *et al.*, 2009). Isso quer dizer que, após a prescrição pelo médico da droga a ser administrada, a combinação desse elemento com a atitude do paciente e a frequência às consultas médicas é imprescindível para que tal tratamento surta o efeito esperado.

Os idosos frequentemente têm mais de um problema de saúde, com intensidade e apresentações atípicas, o que aumenta a complexidade da terapêutica a ser adotada e a necessidade de ser detalhada a avaliação correta da administração da medicação prescrita. É difícil iniciar a incorporação de mudanças aos modos de ser e viver há muito estabelecidos para alcançar a adesão a planos de tratamento e cuidados complexos. Acredito que mais difícil ainda é mantê-las durante longos períodos de tempo. Isso pode ser mais verdadeiro ainda se os tratamentos e planos de cuidados são exigentes e se interferem ou requerem modificações em atividades e hábitos importantes e prazerosos da vida.

Segundo Peres; Magna; Viana (2003) a não adesão ao tratamento ocorre muitas vezes, devido à falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, quando está associada às mudanças de hábitos torna-se mais difícil incorporar hábitos novos. Muitos idosos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme a prescrição médica.

Da Silva (2003) citado por Figueiredo; Tonini (2009) relata que o conhecimento da história de vida, das prioridades e das lições do corpo do idoso não são suficientes para que as recomendações de saúde sejam iniciadas e mantidas. Práticas de autocuidado recomendadas por profissionais de saúde são sustentadas apenas quando os idosos realmente desejam. Idosos relataram adesão às

orientações quando as práticas eram importantes para recuperar ou manter alguma função que os permitiria fazer atividades importantes em sua vida.

Nesse processo de adaptação às mudanças necessárias para melhoria de vida dos idosos precisamos contar com a sua participação efetiva para que possamos começar a pensar em planos assistenciais e de cuidados, atividades e estratégia para a promoção da saúde e autocuidado na intenção de melhorar a qualidade de vida e alcançar um equilíbrio de saúde possível.

A dificuldade ou mesmo a falta de adesão ao tratamento é um nó crítico e constitui um grande desafio para a equipe de saúde, pois além de não ter uma resposta terapêutica como é esperada, segundo Jardim e Jardim (2006) há o aumento dos riscos de comorbidades, agravamento da patologia existente e pode ocorrer internações gerando custos.

Para melhorar a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença é de suma importância a atuação da equipe multiprofissional, pois a interdisciplinaridade permite múltiplas abordagens com ação diferenciada corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, assim no cuidado à saúde dos idosos a equipe pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação do tratamento e mudanças de hábitos de vida. (GIACOMIN *et al.*, 2006).

O trabalho interdisciplinar através das ações educativas proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, motivando-os a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento.

4.5 Fatores interferentes na adesão ao tratamento

Para Chaimowicz *et al.* (2009), emitir uma receita não significa que o paciente irá utilizá-la corretamente, pois algumas barreiras são comuns entre os idosos.

Vários são os fatores que interferem na adesão ao tratamento (sexo, idade avançada, entre outros). Para alguns dos autores pesquisados, pode-se destacar um fator ou outro, dependendo da pesquisa de campo elaborada (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Segundo Verdecchia *et al.*(2005) e Bombelli *et al.* (2005), a ingestão de bebidas alcoólicas e o tabagismo são fatores que interferem na adesão e na progressão do tratamento. O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial.

Marquez; Vegazo; Claros (2005), agregam outro fator que é a incapacidade física ou presença de alguma deficiência associado a questão dos idosos morarem sozinhos impedindo-os de fazerem o uso correto da medicação.

Acredito que outro fator que possa interferir nessa adesão seja a falta de conhecimento do idoso sobre a patologia e falta de estímulo em tratar uma enfermidade, muitas vezes assintomática e crônica. Quanto maior o conhecimento do idoso sobre seu problema de saúde, maior será a possibilidade de seu compromisso no autocuidado.

Conforme Wetzel Jr. e Silveira (2005), o baixo nível socioeconômico, a própria cultura e crenças advindas do senso comum ou de experiência de doença na família também são fatores intervenientes para a adesão ao tratamento farmacológico, pois muitos acreditam que o que não deu certo para determinado paciente, torna-se uma constante, repetindo-se sucessivamente com todos os outros.

Para Castro; Car (2000), os pacientes justificam a irregularidade na ingestão dos medicamentos pela falta de dinheiro para a compra; a falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde; as dificuldades de adaptação na tomada das medicações (dose, quantidade e horários) e a presença de efeitos colaterais indesejáveis.

Os problemas ocorrem com frequência por causa das interações medicamentosas, múltiplos efeitos do medicamento, uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia) e falta de adesão (SMELTZER e BARE, 2005).

Os medicamentos muitas vezes podem deprimir o apetite, provocar náuseas e vômitos, irritar o estômago, causar constipação ou diarreia e diminuir a absorção dos nutrientes. Conforme Chaimowicz *et al.* (2009) os efeitos colaterais dos medicamentos devem ser explicitados ao cliente para que, caso ocorram, não os levem a suspensão indevida da droga prescrita.

Acredito que outro fator que pode vir a interferir na adesão ao tratamento é o custo do medicamento indicado pelo médico, que nem sempre é baixo. Sabe-se que em nosso país, devido às condições socioeconômicas da população, quando o medicamento não está disponível pelo Sistema Único de Saúde, tal dificuldade deve ser considerada.

Concluindo, Fonseca; Coelho; Silva (2009), resumem que a dificuldade de adesão ao tratamento está associada aos fatores psicossociais, econômicos, educacionais, estresse emocional que podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos.

Através do meu trabalho, percebo que o tempo de espera prolongado para um atendimento, dificuldade na marcação de consultas, ausência de busca ativa de faltosos são fatores também interferentes na adesão ao tratamento. É sabido que o Sistema Único de Saúde não tem suporte capaz de absorver o grande número de pacientes que dele depende, o que vem gerar um distanciamento do tratamento prescrito, pois muitas vezes não há acompanhamento em tempo hábil.

A equipe de saúde da família tem um papel imprescindível como facilitador e mediador desse processo de sensibilização do idoso, família e cuidador na adesão do tratamento de qualquer que seja a patologia que o idoso seja portador. Cabe a equipe transmitir confiança, informações e assim estará contribuindo para o aumento do número de idosos aderidos ao tratamento.

Conhecer os idosos e seu modo de vida é de fundamental importância para elaborar um plano de assistência individualizado para facilitar o monitoramento do uso dos medicamentos.

PASSOS; ASSIS; BARRETO (2006), recomendam que a equipe de saúde deve acompanhar sempre o idoso na tentativa de identificar a resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais, estimulando-o a participar de ações educativas, onde ele poderá esclarecer suas dúvidas, receberá informações sobre a patologia e tratamento e também poderá relatar como está se sentindo com o tratamento. Esta troca de experiência é muito enriquecedora. As ações educativas possibilitam também à equipe de saúde conhecer melhor sua clientela e traçar ações mais eficazes para diminuir a não adesão ao tratamento, e a ingestão inadequada dos medicamentos prescritos.

É de extrema importância a adesão correta do idoso ao tratamento para que a chance de cura/melhora seja alta e eficaz diminuindo assim a necessidade do uso de múltiplas medicações concomitantemente e conseqüentemente reduzindo as interações medicamentosas e os desconfortos ocasionados por estas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura pesquisada, percebe-se que a população de idosos está crescendo de modo acelerado no Brasil e no mundo. Esse fato traz muitas preocupações, pois na mesma proporção do crescimento aparecem também os problemas de saúde que cercam esses indivíduos, por exemplo, o aumento de procura de serviços especializados, aumento de internações por doenças crônicas não tratadas corretamente e outras comorbidades.

Um agravante percebido no dia a dia da equipe de saúde da família é que muitos idosos não aderem ao tratamento adequadamente porque moram sozinhos, devido ao baixo nível de escolaridade, e até mesmo a limitação do entendimento das prescrições médicas e muitas vezes por falta de conhecimento sobre a doença e dificuldade de mudança de hábitos de vida, daí surge a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe de saúde, junto a clientela idosa, contribuindo para a adesão às condutas de manutenção e promoção da saúde.

São visíveis os inúmeros fatores que interferem na adesão dos idosos à medicação prescrita, o profissional de enfermagem deve ser um facilitador nesse processo, criando estratégias para amenizar ou sanar estas dificuldades e apresentando soluções que resolvam esses fatores, transmitindo informações frequentes, ao paciente, grupos educativos e acompanhamento domiciliar para melhorar a adesão ao tratamento destes indivíduos.

A não-adesão do cliente ao tratamento é um grande desafio para os profissionais que os acompanham. Apesar de muitos esforços no sentido de promover a adesão ao tratamento, pouco se tem avançado a esse respeito, é sabido que, o uso inadequado de medicação por parte dos idosos ainda é grande e traz muitos problemas.

Na Estratégia de Saúde da Família, a adscrição da clientela tem o ponto positivo de se definir o número de idosos com os quais se irá trabalhar. Por esta razão, é possível identificar seus problemas e assumir co-responsabilidade na solução dos mesmos, isso porque o trabalho com promoção da saúde e prevenção de agravos é fundamental nesses casos, visando o bem estar e qualidade de vida da pessoa idosa que também necessita de um zelo especial.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. *et al.* A hipertensão arterial. **Manual de Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e diabetes**. 2 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- ARAÚJO, G. B. S & GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** 2006; 8(2): 259-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>.
- BANDEIRA, L. *et al.* **Saúde dos idosos**. 1 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.
- BOMBELLI M, SEGA R, FACCHETTI R, *et al.* Prevalence and clinical significance of a greater ambulatory versus office blood pressure («reversed white coat» condition) in a general population. **J Hypertens** 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Caderno de Atenção Básica.
- BUSNELLO, R. G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, v.76, n.5, p.349-351, 2001.
- CAMARGO JÚNIOR, Alvacir. **Análise do Comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbio em hipertensos**. Florianópolis, 2001.
- CASTRO, V. D. de ; CAR, M, R, O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. esc. enferm. USP** São Paulo v.34 n.2 June, 2000.
- CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.
- CHAIMOWICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora COOPMED, 2009.
- DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos**. 7ª edição, São Paulo: Cortez, 2000.
- DOSSE, C *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.2. abr.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2011.
- FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **Gerontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora Ltda, 2009.

FLORIANO P. J.; DALGALARRONDO P.. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 56, n.3, 2007.

FONSECA, F.C.A; COELHO, R.Z; MALLOY-DINIZ, R; SILVA FILHO, H.C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. Bras. Psiquiatr.** 2009, p.128–134.

FRANCHI, K. M. B *et al.* Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Perspectivas e controvérsias**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, 2005.

GIACOMIN KC, UCHÔA E, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad Saúde Pública**, 2005

GUSMAO JL. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados** [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

JARDIM , P.C.B.V. & JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** v.13(1): 26-29, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

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

MARCUS, M. T.; LIHER, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliações críticas e utilização**. 4. ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

MARQUEZ CE, VEGAZO GO, CLAROS NM, *et al.* Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. **Blood Press**. 2005.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NASRI, Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. São Paulo. 6 (Supl 1). 2008.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no séc.XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al.(Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1- 12, out. 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 05 jul. 2011.

PRADO JC Jr, KUPEK E, MION D Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Human Hypertens**. 2007.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, v.15, n.1, p.35-45,2006

RODRIGUES, L, S ; SOARES, A,G Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Àgora*, Vitória, n.4, 2006, p. 1-29.

ROTHER.E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa **Acta paul. enferm.** v.20, n.2, São Paulo Apr./June 2007. Editorial.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública** – Opinião. Rio de Janeiro/RJ, 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. v.1, 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. de F. **Saúde Bucal - Atenção ao Idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte, 2009. 50 p.

VERDECCHIA P, REBOLDI GP, ANGELI F, SCHILLACI G, SCHWARTZ JE, PICKERING TG, IMAI Y, OHKUBO T, KARIO K. Short and long term incidence of stroke in white-coat hypertension. **Hypertens**. 2005.

WETZEL JR., W.; SILVEIRA, M.P.T.. Hipertensão Arterial: um problema de todos. **Revista Nursing**, São Paulo, v.81, n.7, p. 70 - 75, fev.2005.

WONG , Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista brasileira de estudos da população**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.