

# A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso\*

## Drug prescription from the perspective of elderly patients

Jorge Juarez Vieira Teixeira\*\* e Fernando Lefèvre

Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

### Descritores

Prescrição de medicamentos.# Idoso.#  
Uso de medicamentos.#  
Conhecimentos, atitudes e prática.#  
Saúde do idoso. Fatores de risco.  
Entrevistas, métodos. Escolaridade.  
Habitação. Renda mensal. Isolamento social. – Metodologia qualitativa.

### Keywords

Prescriptions, drugs.# Aged.# Drug utilization.# Knowledge, attitudes, practice.# Aging health. Risk factors. Interviews, methods. Educational status. Housing. Monthly income. Social isolation. – Qualitative methodology.

### Resumo

#### Introdução

Os medicamentos modernos beneficiam em muito os pacientes idosos, porém seu uso por esse grupo etário apresenta maior risco. Os idosos são particularmente vulneráveis, utilizam múltiplos medicamentos e, conseqüentemente, apresentam mais reações adversas. O objetivo do estudo foi identificar a relação do paciente idoso com a prescrição de medicamentos.

#### Métodos

Desenvolveu-se um estudo descritivo de corte qualitativo mediante entrevistas semi-estruturadas, numa amostra intencional de 30 pacientes idosos, residentes da região urbana de Maringá, PR. Empregou-se a técnica de análise temática de discurso, utilizando-se três figuras metodológicas – a Idéia Central, as Expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

#### Resultados

O consumo médio de medicamentos por idoso foi de 3,6 num intervalo entre 1 a 8. As idéias centrais apresentadas pelos sujeitos coletivos foram: *consigo tomar sozinho; alguém me ajuda; eu tomo mais tarde; eu nunca esqueço; tem que ir no médico; nunca fez mal; eu costume; às vezes eu leio, às vezes não; eu sempre dei um jeito de compra; já deixei.*

#### Conclusões

Formas mais eficientes para o seguimento da terapia instituída e o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso devem ser investigados.

### Abstract

#### Introduction

Although modern drugs really benefit aged patients, they also entail an increased risk to this population. Elderly people have a particular risk because of using multiple drugs with implies having more adverse reactions. This study aimed to assess elderly patients' relationship with drug prescriptions.

#### Methods

A descriptive study of a qualitative methods was carried out using semi-structured interviews conducted in an intentional sample of 30 elderly patients living in the urban region of Maringá, Brazil, between February 25 and March 22, 1998. Participants were selected from the Co-Participative Pharmacy Database of the Department of Pharmacy and Pharmacology of the State University of Maringá. The

### Correspondência para/Correspondence to:

Jorge Juarez Vieira Teixeira  
Departamento de Prática de Saúde Pública  
Faculdade de Saúde Pública da USP  
Av. Dr. Arnaldo, 715  
01246-904 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: jorgetei@usp.br

\*Parte da dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999.

Pesquisa subvencionada pela Fapesp (Processo nº 98/01020-3)

\*\*Aluno de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Edição subvencionada pela Fapesp (Processo n. 01/01661-3).

Recebido em 7/4/2000. Reapresentado 6/10/2000. Aprovado em 26/10/2000.

*thematic discourse analysis technique was employed for data analysis, using three methodological entities: central idea ; key-expressions ; and the collective subject's discourse.*

#### **Results**

*The average consumption of drugs by this elderly population was 3.6, within a 1-8 interval. The central ideas found in the collective subjects were as follows: I'm able to take them by myself; somebody helps me; I'll take them later; I never forget; there's a need to see the physician; they have never done any harm to me; I'm used to them; sometimes I read it, sometimes I don't; I always manage to buy them; I have already stopped taking them.*

#### **Conclusions**

*More efficient ways of assessing the willingness of elderly patients of complying with the recommended drug therapy and instituting a better drug therapy follow-up must be investigated Further studies of qualitative cut-off should be carried out to understand better the problem and analyze it in depth.*

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 40, o crescimento da população com 60 anos ou mais tem se mostrado acentuado e a tendência é o aumento do número absoluto de idosos com doenças crônicas não infecciosas. Estima-se que 23% da população brasileira consome 60% da produção nacional de medicamentos e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos, a não ser os da rede pública.<sup>6</sup> Os achados de Veras<sup>21</sup> (1994), em estudo sobre a situação dos idosos no Rio de Janeiro, mostraram que 80,19% dos entrevistados faziam uso regular de medicamentos de prescrição médica. Contudo, o conhecimento a respeito da eficácia e segurança de muitos medicamentos para o delicado organismo dos idosos é freqüentemente escasso porque são geralmente excluídos de ensaios clínicos.<sup>9</sup> Naturalmente, os resultados desses ensaios em pessoas jovens não podem ser extrapolados para pessoas idosas. Quando os "idosos" participam da fase III, estão com 60 anos no máximo e são saudáveis, sendo, porém, inadequadamente representados. Talvez as duas principais razões para serem excluídos sejam as patologias múltiplas e a politerapia.<sup>4,5</sup>

Os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna. Mais de 80% tomam no mínimo um medicamento diariamente, e este é o mais poderoso processo de intervenção para melhorar o estado de saúde dos idosos.<sup>7,15</sup> Esse grupo etário, no entanto, apresenta maior risco de desenvolver reações adversas, e estas são responsáveis por 10% a 20% das admissões hospitalares agudas.<sup>3</sup> O uso inapropriado de medicamentos por idosos tem se tornado um problema, tanto do ponto de vista humanístico quanto econômico. A prescrição de medicamentos para essa

população envolve necessariamente o entendimento das mudanças estruturais ou funcionais dos vários órgãos e sistemas relacionados com a idade, implicando alterações na farmacocinética e farmacodinâmica para vários medicamentos.<sup>1</sup>

É de vital importância que a prescrição medicamentosa seja coroada não somente pelo argumento inflexível do cumprimento da terapia, mas também de comunicação saudável e munida de informações tanto da terapia (considerando-se o isolamento social, custo, escolaridade e outros), quanto da patologia. O uso de medicamentos por idosos tem gerado muita preocupação no que se refere aos gastos excessivos e à inadequação desse uso.<sup>19</sup>

Radhamanohar<sup>17</sup> (1993), avaliando o conhecimento dos pacientes a respeito de suas doenças e tratamentos, concluiu que um quarto dos diagnósticos e dos medicamentos eram desconhecidos dos pacientes, implicando uma das três considerações a seguir: os pacientes não eram totalmente informados; a situação não era claramente explicada; ou era explicada, mas os pacientes não entendiam a terminologia médica usada pelo prescriptor.

Buscar entender a prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso é tentar compreender em profundidade o verdadeiro significado desse relacionamento, proporcionando medidas efetivas para melhorar o benefício da terapêutica prescrita. O presente estudo teve como objetivo identificar a relação do paciente idoso com a prescrição medicamentosa.

## MÉTODOS

O método empregado foi de corte qualitativo a partir de um estudo descritivo. Os pacientes foram selecionados da base de dados da Farmácia Co-Participativa/Departamento de Farmácia e Farmaco-

logia da Universidade Estadual de Maringá. A população integrante foi composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que estivessem fazendo uso de medicamento há pelo menos um ano. A amostra foi do tipo intencional e 30 pacientes foram selecionados, atendendo ao critério de risco. Foi pré-estabelecido que o sujeito de estudo deveria ter mais de uma doença com diagnóstico médico e vários medicamentos prescritos.

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada. Essa técnica combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.<sup>14</sup> A entrevista é um método fundamental de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois ajuda a entender as respostas das pessoas doentes ou de uma situação particular.<sup>12</sup>

As entrevistas foram agendadas por contato telefônico ou pessoalmente com os sujeitos, conforme a sua disponibilidade, e desenvolvidas em suas próprias residências, mediante um termo de consentimento. Inicialmente foram explicados os objetivos e a importância da pesquisa, procurando estabelecer um ambiente de relacionamento agradável. As entrevistas foram aplicadas pelo próprio pesquisador, com formação em ciências farmacêuticas, no período de 25 de fevereiro a 23 de março de 1998. Os discursos foram registrados em um microgravador, utilizando-se fitas magnéticas de 60 minutos cada.

Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, propriedade do domicílio, renda, isolamento social e uso de medicamentos (contar com ajuda de alguém, esquecimento, leitura de bula, efeitos indesejados, aquisição de medicamentos).

Para o tratamento dos dados empregou-se a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo,<sup>13</sup> que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, sobretudo (mas não exclusivamente) daqueles provenientes de depoimentos orais.

Esses procedimentos envolvem, basicamente, as seguintes operações sobre os discursos coletados:

- Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, por exemplo de cada resposta a uma questão. As expressões-chave são segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo; são uma espécie de “prova discursivo-empírica” da “verdade” das idéias centrais.

- Identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave e que é a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que elas querem efetivamente dizer.
- Identificação das idéias centrais semelhantes ou complementares.
- Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo (DCS).

O discurso do sujeito coletivo representa, portanto, um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social (no caso de pacientes idosos) possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhando entre seus membros. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, *reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.*

## RESULTADOS

Dentre os indivíduos estudados, 77% (23) eram do sexo feminino e 23% (7) do sexo masculino. A idade variou de 60 a 90 anos, e a idade média foi de 67,6 anos. Em relação à escolaridade, apenas 3% concluíram o ensino fundamental, enquanto 37% possuíam o fundamental incompleto. A maioria dos idosos (60%) não frequentou a escola formal (1/6 não sabia ler nem escrever, 2/6 liam e escreviam com dificuldade e 3/6 liam e escreviam pequenos trechos). Quanto ao estado civil, 64% eram casados, 33% viúvos e 3% desquitados. Quanto à propriedade domiciliar, 70% eram donos dos imóveis onde viviam, 7% pagavam aluguel e 23% moravam em domicílios cedidos. A renda média mensal foi de 1,86 salários-mínimos (em torno de R\$ 242). Quando indagados sobre vida em sociedade, 20% dos idosos moravam com o cônjuge, 50% moravam com filhos(as) e/ou genros ou noras e 17% viviam com os netos. Somente 10% deles viviam sós e 3% eram acompanhados por um cuidador, pago pela família. O consumo médio de medicamentos por idoso foi de 3,6, variando de uma a oito especialidades farmacêuticas.

Durante as entrevistas, cinco perguntas foram aplicadas aos sujeitos em estudo. As respostas foram transcritas e analisadas, obtendo-se as idéias

centrais e os discursos coletivos. O resultado dessa análise está nas Tabelas 1 a 5.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, desenvolveu-se a análise das idéias centrais e dos discursos do sujeito coletivo a partir de uma amostra intencional com pacientes idosos.

Da primeira idéia central, “consigo tomar sozinho” (Tabela 1), surge uma pergunta clássica na vida do idoso, isto é, se “ele conta com a ajuda de alguém para tomar os medicamentos”. No discurso do sujeito coletivo revela-se que ele detém controle e segurança para administrar os seus medicamentos. Esse sujeito possui clareza para não confundir as posologias e demais situações que cercam a administração medicamentosa. Nota-se certa autonomia e o autocuidado, valorizando a responsabilidade pessoal. Pela sua vivência, já se acostumou com a rotina do tratamento farmacológico frente às suas doenças.

A idéia central “alguém me ajuda” (Tabela 1) aponta a presença de um sujeito coletivo dependente, que tem necessidade de ajuda para lembrar e fornecer os medicamentos no momento adequado. Observa-se que a companhia dos familiares ou de outras pessoas pode influenciar na assistência ao idoso. Os que vivem sós já não contam com a possibilidade de ajuda de terceiros, podendo essa condição interferir na adesão ao tratamento.<sup>18</sup> Nesse momento, o cuidador assume papel de alta magnitude, pois contribui sobremaneira para o uso racional de medicamentos.

Os dados chamam a atenção para a variação comportamental: alguns são autônomos, outros são dependentes. Os idosos são uma categoria para a qual não se pode generalizar. Qualquer medida de cuidado com sua saúde deve levar em conta o indivíduo, o momento e a necessidade de uma ação específica.

A idéia central “eu tomo mais tarde” (Tabela 2) é uma resposta à pergunta “o que o idoso faz quando se esquece de tomar o medicamento na hora indicada?”. O discurso evidencia um sujeito coletivo que, quando se esquece de tomar medicamento no horário determinado, toma mais tarde, quando se recorda, e em último caso vai tomar somente no outro dia. A mente em bom estado é o desejo de todo ser humano. Há muito os pesquisadores vêm se preocupando com as propriedades cognitivas relativas à população idosa. A falha para lembrar os medicamentos tomados é um fato comum na população geral de idosos e provavelmente também entre populações mais jovens também.

Fitten et al<sup>11</sup> (1995) descrevem que as propriedades cognitivas no paciente idoso encontram-se afetadas, resultando em certa dificuldade para o entendimento ou para lembrar corretamente os seus regimes terapêuticos. Sugerem então que a capacidade de memorizar e lembrar seja avaliada antes que o regime medicamentoso seja prescrito.

Por outro lado, na idéia central “eu nunca esqueço” (Tabela 2), destaca-se um sujeito coletivo bastante ativo. Ou seja, se esquecer uma dose, pode ter proble-

**Tabela 1** - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 30 pacientes idosos, em resposta à pergunta: “O(A) senhor(a) conta com a ajuda de alguém para tomar os medicamentos?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Consigo tomar sozinho	Agora já estou acostumada, consigo tomar sozinha, já faz muito tempo, lembro toda vez, eu não esqueço, por enquanto ainda dou conta, graças a Deus. Acostumei as horas, já decorei tudo, boa memória, carrego junto, tá tudo aqui, óh! Graças a Deus, mente boa, eu tenho ali já tudo preparadinho. Eu não posso falhar de jeito nenhum. Tomo certinho, eu me viro, tem que pensar. Remédio não tem erro.
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Alguém me ajuda	O esposo ajuda, eu consigo não, eu esqueço. A esposa controla, ela lembra o horário. A empregada ajuda. A filha ajuda. A gente sabe que tem o compromisso de tomar.

**Tabela 2** - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 30 pacientes idosos, em resposta à pergunta: “Quando o(a) senhor(a) se esquece de tomar um medicamento, o que faz?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Eu tomo mais tarde	Se passou pouquinho tempo, uma hora, ainda tomo até perto do outro, se me esquecer pela manhã, daí eu fico meio assim e tomo à tarde, à noite, depois do horário mesmo. Aí aquele dia, eu tomo, mas não tomo dois juntinhos, dobrada. A dose que esqueci, fica prá trás, tomo só naquele horário, mas é meio difícil esquecer, eu não fico sem tomar, nem que seja fora de hora. Se eu não tomar cedo, nem à noite, aí vou tomar somente no outro dia, a dose conforme vinha marcando.
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Eu nunca esqueço	Eu nunca esqueço, é difícil, se esquecer, à noite passo mal. Eu procuro sempre tomar no horário determinado. É muito importante, é necessário.

ma de saúde, e esse compromisso é muito bem selado em sua rotina de vida.

A idéia central “tem que ir no médico” (Tabela 3) aponta que o medo ao se ingerir alguma substância “química” e de que esta venha a fazer mal ao organismo é uma preocupação geral. A convicção coletiva é de que não se pode ingerir um medicamento se este está causando dano ao invés de benefício ao organismo. É necessário buscar explicações médicas para essa ocorrência, havendo dessa forma uma paralisação no uso do medicamento enquanto não se tem clareza do fenômeno.

A interrupção relatada pelo sujeito coletivo pode apontar para prescrição inadequada ou insuficiente, ou presença de um efeito secundário, o qual, aos olhos do paciente, não pode persistir, já que ele busca a reparação de um dano primário e não o surgimento de um segundo agravo. Na questão do seguimento da terapia

pelo idoso, o principal problema é o medo dos efeitos secundários, que está muito fortemente associado a uma imagem negativa dos medicamentos.<sup>8,20</sup>

Na idéia central “nunca fez mal” (Tabela 3), o medicamento utilizado até o momento pelo sujeito ainda não causou qualquer perturbação. Porém, quando este começar a prejudicá-lo, torna-se de vital importância comunicar-se com o médico.

A idéia central “eu costume” (Tabela 4) mostra que ao se tomar um medicamento, qualquer que seja a especialidade farmacêutica, o momento que antecede o seu uso é a leitura de suas informações. Esse sujeito coletivo mostra todo interesse em acompanhar as particularidades daquilo que vai ingerir. O medo acompanha tal discurso: é preciso ler a bula para afastar os perigos, embora sabendo o paciente idoso que nem tudo o que está escrito poderá ser entendido, pois para

**Tabela 3** - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 30 pacientes idosos, em resposta à pergunta: “O que o(a) senhor(a) faz, quando um medicamento começa a fazer mal?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Tem que ir no médico	Às vezes eu paro de tomar, suspendo por conta, na hora, já deixo logo de uma vez, mas daí tem que ir no médico de novo, falar com ele, imediato, para ver o que que é, se aquele remédio não está controlando, não está fazendo mal, né? Aí ele manda diminuir ou trocar. Continuar tomando uma coisa que está prejudicando a saúde da gente, não pode, né? Se eu quero melhorar e às vezes um remédio piora, né. O remédio do postinho, eu tomava e dava muita dor de estômago, então a gente sabe quando está bem, né? Ou eu procuro uma farmácia, vou ao farmacêutico.
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Nunca fez mal	Esse remédio nunca me fez mal até agora. Eu procuro sempre tomar com estômago cheio, nunca me prejudico. Mas se começa a fazer mal, aí eu tenho que falar com o médico, né?

**Tabela 4** - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 30 pacientes idosos, em resposta à pergunta: “O(A) Senhor(a) costuma ler a bula do medicamento?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Eu costume	Eu leio, pra mim vê certinho, acho importante, né? Eu leio como é que toma, como é que não toma, principalmente, como se diz..., pra que serve o remédio, uso, dosagem. A bula tem muitas contra-indicações. Às vezes um erro, ou não explica direito, né? É se for um veneno, se o médico dá um remédio errado? Que tudo pode acontecer. Tem remédio que a gente compra e nem vem marcado como é pra tomar, então eu tenho que ver na bula. A gente não entende aquilo direito, mas ela marca certinho o que ele vai atacar. A gente confia mais, né? Tomar sem saber o que tá tomando, não dá. Às vezes fico até com medo de tomar remédio, porque na bula fala tanta coisa, então eu costume ler mas eu vou pelo médico. Ele sabe o que tá receitando, né?
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Alguém lê pra mim	A menina que lê, é importante saber um pouco mais sobre o medicamento. Eu não leio, não tenho paciência. Às vezes eu só leio o modo de tomar. O tamanho da letra é pequeno, não ajuda. Eu peço para os meninos lerem, agora eu não leio mais. Eu confio no médico. Meu marido quem lê tudo pra mim, eu não leio. Eu peço pra nora lê a bula, é importante. Ela compreende bem, né. Está ali explicando como é o jeito de tomar. Às vezes eu leio mas pouco a gente entende, porque a letra é pequenininha. Minha filha lê, eu não leio, tem muita informação, a letra é bem pequenininha, ela já sabe pra que que é, aí dá certinho, então tomo sem cisma. Acho importante, né? Se dá uma reação, você está sabendo que foi aquele remédio que fez mal.
Idéia central (3)	Discurso do sujeito coletivo (3)
Às vezes eu leio, às vezes não	Às vezes eu leio, às vezes não, então eu tomo e depois que vou ler, mas muitas vezes a gente lê. A gente toma sem sabê, uma hora que precisa, não sabe o fundamento daquele remédio. Quando eu estou em dúvida, acho importante ler a bula do remédio, embora a letra seja pequena mas ajuda sim, pouco a gente entende. Algumas pessoas dizem que a gente não deve ler a bula, mas se é o médico que receita eu acho que ele sabe.

ele há uma linguagem rebuscada e técnica, mais própria para o entendimento dos profissionais de saúde.

Astier Peña et al<sup>2</sup> (1995), em seu estudo qualitativo, afirmam que os sujeitos recorriam à busca de informações, junto às bulas dos medicamentos, mas não entendiam as questões farmacêuticas e a sua rede de relações. Pensavam que os médicos não se preocupavam o suficiente com eles e, dessa forma, recorriam às bulas, as quais interpretavam à sua maneira, inclusive interrompendo o tratamento sem consultar o prescritor.

Na idéia central “alguém lê pra mim” (Tabela 4), destaca-se um sujeito coletivo dependente, que nem sempre está disposto a ler a bula do medicamento por uma série de razões como: dificuldade para enxergar, falta de paciência, medo das reações, letra pequena. É necessário e urgente que nas bulas dos medicamentos existentes no mercado brasileiro o volume de informações para o paciente idoso seja completado, porém em linguagem acessível, para melhor compreensão. As informações deveriam aparecer em destaque, com letras maiores do que as minúsculas letras atuais. A bula deveria ser um instrumento de valor social que atingisse principalmente os interessados (profissionais de saúde e paciente) e não basicamente as exigências burocráticas e empresariais.

Já na idéia central “às vezes eu leio, às vezes não” (Tabela 4), o DSC revela que o importante é fazer o uso do medicamento, buscar o efeito terapêutico. Nesse sujeito coletivo, há uma espécie de receio das informações contidas na bula, repassadas pelas pessoas mais próximas, tendo em vista o volume de informações e suas advertências.

A idéia central “eu sempre dei um jeito de comprar” (Tabela 5) destaca um DSC em que, por mais

dificuldades que existam, o medicamento prescrito deve ser obtido de qualquer forma. A importância para a sua aquisição, no sentido da conquista da saúde, é de alta relevância. Para esse sujeito, várias são as alternativas para o acesso ao medicamento: sistemas oficiais, ambulatoriais privados, entidades filantrópicas, parentes, amigos e outros.

Morris & Schulz<sup>16</sup> (1993) relatam que o efeito do custo do medicamento não estava associado com o não-seguimento da prescrição medicamentosa. O custo do medicamento, tanto para o idoso que seguia como para aquele que não seguia a prescrição, não apresentou diferença significativa. No entanto, esses citados autores trabalharam com uma população de idosos com maior poder aquisitivo em comparação aos idosos do estudo em pauta.

O custo da saúde, em se tratando da aquisição do medicamento, parece ser um problema que deve ser enfrentado e solucionado.

Na idéia central “já deixei” (Tabela 5), evidencia-se a questão financeira como a principal muralha a impedir o tratamento. A idéia que aqui se afirma é a busca de uma substância medicamentosa similar, porém de custo menor. Quando não se tem o dinheiro no ato para compra do medicamento, o que se deve fazer é esperar até consegui-lo, pois enquanto o seu problema não se intensificar, pode-se aguardar. Coons et al<sup>10</sup> (1994) descrevem que o alto custo mensal dos medicamentos estava associado com a história do não-seguimento das recomendações médicas e com conseqüências negativas para o paciente idoso.

Os discursos do sujeito coletivo idoso apontam para duas vertentes quanto à sua relação com a prescrição medicamentosa. A primeira evidencia um sujeito coletivo independente, autônomo, com boa memória,

**Tabela 5** - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de 30 pacientes idosos, em resposta à pergunta: “O senhor já deixou de comprar medicamento por não ter dinheiro ou por achar caro?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Eu sempre dei um jeito de comprar	Às vezes passa meio apertado, mas eu sempre dei um jeito de comprar, ainda não faltou até essa data, graças a Deus! Nem que fosse fiado. Se eu não posso comprar o total compro menos e quando tem mais dinheiro eu busco o resto, né. É como comer arroz e feijão, como beber copo d'água... precisa mesmo, tem que arrumar, tem que se virar, até conseguir com alguém.
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Já deixei	Eu já deixei mesmo, mas faz muito tempo, agora não deixo. Comprei outro mais barato, pedi ao farmacêutico que fosse do mesmo tipo, que tivesse o mesmo efeito. Pra fica sem ele de tudo num podia e eu não comuniquei ao médico, porque melhorou o problema. Já passei muitos dias sem o meu remédio, quando não tinha dinheiro, a situação ruim, não dava pra comprar, fazer o quê, tem que esperar um pouco, como diz o ditado, né, o peão não está morrendo, então a gente passa sem tomar, ainda mais se ele for muito caro, daí já falo com o médico que não vou tomar. Quando eu procurei na farmácia do posto, alguém me disse que o remédio é muito caro, que lá não tem, mas que daria outro imitante. Imitante eu não pego, tem que ser esse daqui. Então o médico passou outro mais barato, deu um jeito. Se tiver o medicamento eu tomo durante o tempo que for preciso.

que consegue ler o bulário e utilizar o medicamento de forma segura; que não enfrenta problema financeiro para adquirir o seu medicamento, se relacionando de forma positiva com a terapia prescrita. A segunda se coloca em oposição. Aparece um sujeito dependente, que quando se esquece de tomar o medicamento no horário toma a *posteriori*; quando o medicamento começa a fazer mal, procura auxílio de um profissional de saúde e a leitura da bula passa a ser feita por alguém da família. Com relação ao custo, procura conseguir um mais barato, ou aguarda até a situação melhorar para adquiri-lo. Os dados mostram que é necessário e urgente o desenvolvimento de programas de educação em relação aos medicamentos, seja na farmácia, no posto de saúde, nas clínicas e nos hospitais ou na residência do idoso. Tornar a terapia instituída mais eficiente e eficaz é tarefa de todos. Os profissionais

(médicos, farmacêuticos e enfermeiros) devem participar de programas de educação continuada, no sentido de entender a nova demanda dessa população perante a farmacoterapia, que é dinâmica e complexa. O acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso torna-se etapa fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos.

Novos estudos de corte qualitativo devem ser desenvolvidos na presente temática, para que haja aprofundamento e maior compreensão do problema.

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Valdrinez C. Lonardoni, do Departamento de Análises Clínicas da Universidade Estadual de Maringá, pelas críticas e sugestões.

## REFERÊNCIAS

1. Aparasu RR, Sitzman SJ. Inappropriate prescribing for elderly outpatients. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:433-9.
2. Astier Peña MP, Pueyo Usón MJ, Aza Pascual-Salcedo M, Vicente Barra A. Uso racional de los medicamentos. El punto de vista de los usuarios del área 3 de salud de Zaragoza. *Aten Primaria* 1995;16:344-50.
3. Atkin PA, Shenfield GM. Medication-related adverse reactions and the elderly: a literature review. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 1995;14:175-91.
4. Avorn J. Including elderly people in clinical trials. *BMJ* 1997;315:1033-4.
5. Bene J, Liston R. Clinical trials should be designed to include elderly people. *BMJ* 1998;316:1905.
6. Bermudez JAZ. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995.
7. Beyth RJ, Shorr RI. Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. *Drugs Aging* 1999;14:231-9.
8. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in general practice population. *Br J Gen Pract* 1994;44:465-8.
9. Bugeja G, Kumar A, Banerjee AK. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. *BMJ* 1997;315:1059.
10. Coons SJ, Sheahan SL, Martin SS, Hendricks J, Robbins CA, Johnson JA. Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. *Clin Ther* 1994;16:110-7.
11. Fitten LJ, Coleman L, Siembieda DW, Yu M, Ganzell S. Assessment of capacity to comply with medication regimens in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:361-7.
12. Hutchinson SA, Wilson ME, Wilson HS. Benefits of participating in research interviews. *Image: J Nurs Scho* 1994;26:161-4.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JIV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 11-35.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.
15. Monane M, Matthias DM, Nagle BA, Kelly MA. Improving prescribing patterns for the elderly through an online drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist, and compute. *JAMA* 1998;280:1249-52.
16. Morris LS, Schulz RM. Medication compliance: the patient's perspective. *Clin Ther* 1993;15:593-606.
17. Radhamanohar M, Than M, Rizvi S. Assessment of patients' knowledge about their illness and treatment. *Br J Clin Pract* 1993;47:23-5.
18. Rodrigues RAP, Mendes RT, Oliveira CCL, Marques S, Neto JG. O idoso e o diabetes: a adesão ao tratamento. *Arq Bras Med* 1996;70:257-61.
19. Rozenfeld S. Os idosos e os medicamentos na sociedade. In: Veras RP, organizador. *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ; 1997. p. 171-92.
20. Spagnoli A, Ostiro G, Borges AD, D'Ambrosio R, Maggiorotti P, Todisco E, Prattichizzo W. Drug compliance and unreported drugs in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:619-24.
21. Veras RP. *Pais jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ; 1994.