



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Renata Ramos de Freitas

Participação familiar na saúde do idoso na Unidade de  
Saúde Tuiuti de Maringá - PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Renata Ramos de Freitas

Participação familiar na saúde do idoso na Unidade de Saúde  
Tuiuti de Maringá - PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Lúcio José Botelho  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Renata Ramos de Freitas

Participação familiar na saúde do idoso na Unidade de Saúde  
Tuiuti de Maringá - PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Lúcio José Botelho**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

Estudo qualitativo, que investigou o impacto da participação familiar na saúde do paciente idoso. Foram selecionados pacientes com mais de 60 anos, hipertensos e/ou diabéticos, durante as consultas médicas de rotina na Unidade de Saúde NIS II Tuiuti, na cidade de Maringá (PR). Os dados foram coletados com 69 participantes, através de uma entrevista semiestruturada com pergunta orientadora, e acrescido a ela, elaborou-se questões mais específicas para descobrir se o idoso possui conhecimento a respeito de suas doenças, e o apoio dos familiares nos cuidados diários. Os resultados revelaram que os idosos com assistência familiar contínua têm maior adesão aos tratamentos, e conseqüentemente, maior controle dessas doenças, além disso, eles acabaram conhecendo mais os problemas de saúde. Observou-se que a Equipe de Saúde da Família (ESF) têm papel fundamental para recrutar os familiares nos acompanhamentos de saúde dos idosos realizados na Unidade de Saúde, tanto para informá-los das doenças clínicas, tratamentos e prevenções, quanto para aumentar os laços familiares falhos. Faz-se necessário investir em ações de saúde direcionadas à clientela idosa para estimular a adesão familiar nos cuidados com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

**Palavras-chave:** Assistência a Idosos, Doença crônica não transmissível, Participação familiar, Adesão ao tratamento





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

A Unidade de Básica de Saúde Nis II Tuiuti, localizada na Vila Morangueira em Maringá - PR, apresenta registro de cobertura assistencial a 8943 pessoas, sendo 4055 homens e 4888 mulheres. O número de crianças e jovens (menores de 20 anos ) registrados foi de 1969 pessoas, adultos (20 a 59 anos) com 5019 pessoas e idosos (maiores de 60 anos), 1964 pessoas (MARINGÁ, 2016b).

O perfil social da comunidade é de classe média baixa a alta. A porcentagem de jovens de 7 a 14 anos na escola é de 78,35%, e de pessoas com idade superior a 15 anos alfabetizadas gira em torno de 79,95%, segundo fontes do Sistema de Informações de Atenção Básica de 2015 (DATASUS, 2016b). Existe uma Associação de Bairros e o CRAS próximos a Unidades NIS II Tuiuti. Há também duas creches, uma escola para ensino fundamental e duas para o ensino médio (MARINGÁ, 2016a).

A região conta com saneamento básico por meio de coletas de lixo realizadas pela rede pública, atingindo 99,84% da população ali residente. Sistema de esgoto para a quase totalidade dos moradores e energia elétrica para 96,49% das pessoas (DATASUS, 2016a). Segundo registros da Prefeitura de Maringá, a maioria das casas é de alvenaria, alcançando 79,06%, e o restante ainda preserva a madeira como estrutura de sustentação .

A unidade de Saúde NIS II Tuiuti abriga três equipes de saúde completas, que buscam abranger o maior número de famílias da região. A equipe 22 em que atuo, possui registro de cerca de 2600 pessoas, com indivíduos de 15 anos ou mais totalizando 1980, e 975 mulheres de 10 a 59 anos. O número de famílias cadastradas pelas Agentes Comunitárias até Maio de 2016 era de 895, equivalente a 0,79% do número de famílias estimadas na cidade de Maringá (113.357) (MARINGÁ, 2016b).

Os atendimentos realizados são à livre demanda, porém, com horários marcados no período vespertino. No período matutino, são realizadas as atividades de PSF, como pré-natal, puericulturas, visitas domiciliares e os grupos de receitas. Tenho observado que muitos pacientes estão abandonando os Planos de Saúde devido a crise financeira e migrando para o atendimento do SUS, e isso, vem aumentando a demanda para mais atendimentos médicos.

As queixas mais comuns que levam a população a procurar a Unidade de Saúde, segundo levantamento realizado, são para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), do Hipotireoidismo, uso de Psicotrópicos e queixas de Dor, principalmente lombar e articular. A incidência de HAS em pessoas com mais de 15 anos foi de 377 (15,22%) e de DM2 de 110 (5,28%), segundo dados do Sistema Gestor (MARINGÁ, 2016b).

Os problemas na área de atuação da equipe 22 são principalmente de ordem social. Através das visitas domiciliares, reuniões em grupos, e os próprios atendimentos médicos

e de enfermagem, conseguimos perceber empecilhos que retardam o desenvolvimento da saúde dos cidadãos. Entre eles, o que gostaria de destacar é o desamparo familiar ao idoso. Visto que a maior parcela dos atendimentos é realizado na população idosa (60 anos), considero de maior relevância entre os problemas o semi abandono dos idosos. Estes, por vezes, vêm às consultas desacompanhados, em parte devido ao responsável estar em horário de serviço, ou mesmo pelo desinteresse dos entes familiares.

Até aí não seria uma situação problemática se o paciente tivesse o total discernimento de repassar ao médico os problemas que estão acontecendo, as doenças crônicas que vêm tratando, o uso dos medicamentos de uso contínuo, e entendesse as explicações dadas durante as consultas. Devo ressaltar que o uso dos prontuários ajudam a resolver parcialmente essas dúvidas, mas a dificuldade ainda paira no preenchimento incompleto das informações do paciente, o que atrapalha a continuidade do tratamento.

Segundo a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita pelo curador, pelos familiares e pelo próprio médico ([LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003, 2013](#), p. 15).

Muitos paciente idosos usam remédios sem saber para o que estão tratando, além disso, alguns deles fazem uso irregular da medicação, o que complica o tratamento das doenças crônicas. Visto que a dose da medicação deveria estar sendo efetiva, e o paciente está usando subdose (muitas vezes não relatado em consulta), o médico fará o aumento da medicação achando que a mesma não está surtindo efeito. O que pode acontecer se o paciente resolver iniciar o novo tratamento proposto é começar a apresentar efeitos clínicos desagradáveis, e dessa forma, retornar a dose anterior por conta própria, mantendo o ciclo de tratamento irregular. Isso tudo acontece, por falta de informação e explicações coerentes ao paciente idoso e ao familiar.

A população idosa tem dificuldade de se desligar da vida independente que levavam outrora. A dependência requer uma aceitação realista das forças e limitações por parte do idoso, e a capacidade de permitir-se ser dependente quando necessário sem, contudo, ver seus filhos invertendo seus papéis e tornando-se seus pais ([MARTINI et al., 2016](#)). Alguns pacientes, apesar da idade avançada, tem uma boa capacidade cognitiva, então mesmo comparecendo sozinhos na consulta conseguem tirar suas dúvidas com o médico e com a ESF, sabem relatar sobre as doenças em tratamento e os problemas que os afligem, e ainda por cima, demonstram saber repassar informações aos familiares. Um dos exemplos que gostaria de mencionar são os pacientes que levam as dúvidas dos próprios parentes durante a consulta, o que mostra a presença de diálogo familiar e preocupação da saúde dos mesmos.

Já o núcleo familiar instável acarreta um efeito dominó, em que os indivíduos acabam se desgastando, e levando a prejuízos em seus estados físicos e mentais. Um idoso que não

tem uma base familiar para sustentá-lo acaba não se interessando tanto pela sua doença, e ao comparecer sozinho na consulta, mesmo havendo explicações por parte do médico e da equipe, o paciente não absorve as informações, e por vezes acaba não realizando o tratamento medicamentoso correto, o acompanhamento rotineiro, e assim, as doenças começam a descontrolar. Outra situação que observo nesses pacientes, são quadros depressivos se sobrepondo as demais morbidades, contribuindo para o prejuízo na saúde deles.

Gostaria de enfatizar, o quanto é desgastante para a Equipe de Saúde da Família, quando o paciente idoso comparece sozinho à Unidade para algum atendimento e lhe é repassado todo o plano terapêutico a ser seguido, devidamente orientado sobre as melhoras e os agravos clínicos que podem vir a surgir, a necessidade ou não de acompanhar com um especialista, mesmo permanecendo em seguimento de rotina na Unidade de Saúde, e vem algum familiar questionar toda a abordagem. Familiares que nunca fizeram questão de comparecer em consulta conjunta, aparecem para questionar a estratégia traçada, querem mudar tudo o que foi proposto e que está em seguimento, não concordam com as condutas por desconhecimento de causa, querem introduzir remédios "milagrosos" que ouviram de terceiros, e assim atrapalhar toda a dinâmica.

A solicitação para o acompanhamento de algum familiar na consulta médica, não é apenas para repassar as informações quanto a saúde e programação do tratamento do paciente, mas também, para que eles entendam a doença, acompanham evolução clínica e para que possa haver um compromisso entre os familiares de melhorar a qualidade de vida daquela pessoa. É preciso que enfrentem juntos as morbidades e doenças que existirem, que haja preocupação no tratamento, no uso das doses corretas dos medicamentos, no bem estar físico e mental do idoso, para melhorar a qualidade de vida, e diminuir o número de internações por causas evitáveis.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Melhorar a participação familiar no tratamento clínico ambulatorial do idoso.

### 2.2 Objetivos Específicos

Estimular o aumento do vínculo familiar com o idoso.

Promover mais visitas domiciliares ao idoso, para aumentar a confiança na equipe de saúde, e propiciar melhor cuidado ao paciente.

Incrementar o acompanhamento do familiar e/ou cuidador no atendimento ao idoso.





### 3 Revisão da Literatura

O envelhecimento da população é um processo mundial, que vem cada vez mais sendo discutido e estudado em diversos países, muitas vezes com o objetivo comum de encontrar melhorias na qualidade de vida.

A expansão da população idosa ocorre de forma diferente em várias partes do mundo. Enquanto nos países desenvolvidos ela se dá de forma mais lenta e gradual, nos em desenvolvimento, acontece de maneira rápida e, muitas vezes, sem o planejamento do País e o preparo da sociedade para vivenciá-lo. Por isso, apesar de ser um fenômeno mundial, existe diferenças entre continentes, países e até mesmo cidades de uma mesma região, pois a maneira como acontecerá depende da situação socioeconômica, histórica e política de cada local (BALDONI, 2011, p. 313).

Saúde na terceira idade não está relacionado somente à ausência de doenças, mas também ao desempenho funcional. Quando um paciente não consegue mais gerir os cuidados de sua própria vida, quer de maneira parcial ou total, o risco de descompensação das doenças de base e hospitalizações aumentam. Devido a dificuldades econômicas e deficiências políticas sociais, nem sempre os muitos idosos recebem a ajuda necessária da família, mesmo apresentando alguma incapacidade, e também não recebem apoio suficiente do Estado, sendo muitos deixados em situação de desamparo (BORGES; TELLES, 2010, p. 350).

Deve-se entender a variável “desempenho funcional”, como sendo: “[...] a capacidade dos idosos de executar atividades básicas da vida diária (ABDV - atravessar um cômodo da casa, comer, deitar-se e levantar da cama, usar o vaso sanitário, vestir-se e despir-se e tomar banho) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD - comprar e preparar alimentos, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, ir a outros lugares sozinho, usar o telefone, tomar os próprios medicamentos e manejar dinheiro), sendo a limitação funcional (demanda assistencial) definida como a necessidade de ajuda para executar pelo menos uma dessas atividades (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Os processos de modernização e de urbanização podem gerar um sentimento de individualismo nas pessoas, acarretando transformações de alguns costumes e valores. Sendo assim, para os idosos que residem em áreas urbanas se torna mais aceitável a escolha de morar sozinho, configurando novos arranjos familiares. A análise dos dados do Censo Demográfico de 2010 mostram que entre 2000 e 2010 houve um aumento crescente do número de pessoas morando sozinhas no Brasil, a média passou de 8,6% para 12,1%, sendo uma tendência urbana. Além disso, mudanças de comportamento cultural, e o aumento das separações conjugais e da esperança de vida também têm contribuído para essa estatística, fazendo com que os idosos optem por residir sozinhos e cuidarem de suas vidas (MELO et al., 2016, p. 141).

Ainda é característico da nossa sociedade buscar atendimento de saúde apenas em eventos agudos, porém, o envelhecimento trás consigo muitos problemas crônicos que estagnam-se ou evoluem ao longo do tempo, e requerem um acompanhamento continuado de profissionais de saúde de competências variadas, que ajudam a evitar complicações das morbidades. Além disso, os gastos financeiros com a atenção terciária são maiores quando comparados com os de outras faixas etárias, pois a descompensação das doenças não tratadas adequadamente, implicam no aumento das internações.

Tendo em vista este cenário, a gestão das doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante para os que buscam estratégias e intervenções para combater esse agravo. A necessidade de organizar o sistema de saúde com medidas que promovam benefícios na qualidade de vida desses pacientes, observando as diferenças epidemiológicas e demográficas, deve ser incentivada. A Constituição Federal já dá voz a essa idéia: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Partindo-se da estruturação do SUS nos níveis hierárquicos de atendimentos, coube à Atenção Primária o ato de acolher os pacientes, escutar e oferecer respostas resolutivas para seus problemas, ou seja, realizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. As Equipes de Saúde de Família (ESF) com profissionais de variadas áreas de atuação com ajuda dos Núcleos de Apoio à Saúde (NASF) que também agregam a multidisciplinaridade, vêm contribuir para o acompanhamento da população e o tratamento das doenças crônicas através de atividades previamente planejadas. É importante refletir que cada ação ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, devem ser desenvolvidas em parceria com a comunidade e o grupo familiar.

Um funcionamento familiar harmonioso influencia as respostas às demandas do idoso e o cumprimento de funções essenciais de suporte de que ele necessita. Favorece a emergência e a atuação de fatores protetores com relação a estressores de várias naturezas (RABELO; NERI, 2015, p. 508). A proposta de cuidados dos núcleos familiares é organizarem-se para suprir as demandas assistenciais aos idosos que apresentam comprometimento funcional, sem que interfiram na sua independência cotidiana, passando a ter mais acompanhamento e informação das doenças.

Os apoios familiares podem atuar positivamente sobre a saúde física e mental dos idosos, pois favorecem o enfrentamento, fortalecem o sistema imunológico e contribuem para o senso de controle, para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida. É considerado um moderador do efeito dos eventos estressantes sobre a saúde mental e é o fator mais importante para a diminuição da vulnerabilidade de adultos e de idosos à depressão (RABELO; NERI, 2015, p. 508). O senso de se sentir amado e protegido contribui para o bem estar do paciente, principalmente àquele que depende de cuidados, pois passa a se preocupar com suas doenças, aderindo melhor aos tratamentos médicos e

de outras áreas da saúde, a alimentação melhora, e as relações sociais passam a coexistir mais em suas vidas.

Os estudos encabeçados por Rabelo e Neri, 2015, mostraram ainda que há relação positiva entre a boa funcionalidade familiar e os cuidados do paciente idoso, evidenciando que a participação na saúde dos quase longevos contribui para a melhoria da qualidade de vida. Em avaliações por profissionais de saúde, a presença do acompanhante do idoso com perda funcional durante as consultas é fundamental, uma vez que este passa a entender melhor a morbidade, a prover adesão correta ao tratamento, discutir o problema com outros familiares e encontrar soluções alternativas que não prejudiquem a saúde do paciente, e mesmo a tomar certos tipos de decisões que o paciente teria maiores problemas em resolver.

A idéia de tratamento deve passar a refletir um modelo de atenção que tenha como foco a identificação de riscos potenciais. O monitoramento da saúde em vez da doença, auxilia na intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e de redução do impacto na funcionalidade (VERAS, 2015). Portanto, a ação conjunta dos profissionais de saúde e dos cuidadores familiares proporcionará qualidade de vida aos usuários, com melhores resultados no tratamento das doenças e outras co-morbidades.



## 4 Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, que procurou investigar o impacto da participação familiar na saúde do paciente idoso. Foram selecionado para o estudo pacientes idosos (maiores de 60 anos) com e sem os acompanhantes familiares durante as consultas médicas, na Unidade de Saúde NIS II Tuiuti, na cidade de Maringá (PR). As entrevistas foram realizadas no período de Janeiro a Fevereiro de 2017. Este local foi escolhido por ser o local de atuação profissional da autora, atuante na Atenção Básica de Saúde e por apoiar e incentivar pesquisas científicas.

Para o estudo, foram considerados apenas os pacientes que acompanhavam a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou o Diabetes Mellitus tipo 2 de rotina, por serem as morbidades mais numerosas e frequentes na Atenção Básica de Saúde, e aqueles que consultavam devido a processos agudos foram descartados do estudo. Parte das entrevistas aconteceram durante os atendimentos médicos, e o restante das informações foram coletados com a ajuda da Agentes Comunitárias de Saúde.

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com uma pergunta orientadora: "O(A) Senhor(a) sabe quais são as doenças que está realizando tratamento?" aplicada no consultório médico, e as respostas foram anotadas em diário de campo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos entrevistados, e todos foram assinados. Durante o período da coleta de dados, passaram por consulta médica 154 pessoas com mais de 60 anos, dentre estes apenas 69 foram classificadas para o estudo, pois estavam realizando o acompanhamento de saúde de rotina para o controle do diabetes e/ou da pressão.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que atuam na equipe - total de cinco profissionais - concordaram em participar das entrevistas, após as explicações prévias da pesquisadora. Realizaram visitas para os 69 pacientes ao longo das 8 semanas, e questionaram aos entrevistados se havia alguém na família que ajudava nos cuidados da saúde deles com participação contínua, e não apenas visitas esporádicas, e também, indagaram se eles sabiam quais os medicamentos diários que tomavam, e se o uso era feito corretamente.

A partir daí, a pesquisadora separou os entrevistados em dois grupos: (A) Pacientes idosos que contavam com acompanhamento familiar contínuo; (B) Pacientes idosos com acompanhamento familiar intermitente ou ausente. Do conteúdo das entrevistas, foram interpretados os dados para saber se os pacientes idosos cuidam melhor de suas doenças quando há algum familiar acompanhando os tratamentos.



## 5 Resultados Esperados

A expectativa de vida da população aumentou nas últimas décadas, e com ela houve maior número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) diagnosticadas. As pessoas passaram a ter acesso ampliado aos serviços de saúde, com cuidados desde a Atenção Primária até a Terciária, avaliações e acompanhamentos com diversos profissionais da saúde, e iniciativas em proporcionar melhoras na qualidade de vida do idoso. A vigilância, o controle e a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis são objetivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para evitar complicações na vida dessas pessoas, porém, ainda existem dificuldades nesse trabalho que devem ser levadas em conta que influenciam os resultados, como as diferenças socioeconômicas, o esquema terapêutico adotado, a família, conhecimento e compreensão da doença, a equipe e o sistema de saúde.

Alguns idosos desconhecem suas doenças, não sabem por que estão tomando certos tipos de medicamentos, nem se o tratamento tem sido efetivo, e outros tantos não realizam acompanhamentos de saúde de rotina. A adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado pelos profissionais no controle das doenças, por vezes os esquemas terapêuticos passam por mudanças, mas nem sempre os pacientes seguem as recomendações, e voltam aos esquemas anteriores mantendo o ciclo de tratamento irregular. E entre as propostas deste estudo é verificar se a participação familiar contribui para melhorar a adesão aos tratamentos, e também na melhora clínica do idoso.

Foram selecionado 154 idosos que passaram por consulta médica em período especificado, porém, apenas 69 deles preencheram os critérios de inclusão para o estudo. Os pacientes selecionados com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus tipo 2 demonstraram manter assiduidade nas consultas médicas, com acompanhamentos semestrais (11 pessoas - 15,94%) e anuais (43 pessoas - 62,32%). Além disso, observou-se a presença de familiar - cônjuge, filhos, cuidador - em 41 das 69 consultas. Um idoso que não tem uma base familiar para sustentá-lo acaba não se interessando tanto pela sua doença, e ao comparecer sozinho na consulta, mesmo havendo explicações por parte do médico e da equipe, o paciente não absorve as informações, e por vezes acaba não realizando o tratamento medicamentoso correto, e assim, as doenças começam a descontrolar.

Aplicou-se questão única previamente elaborada aos 69 pacientes, com o intuito de saber se os entrevistados conheciam de fato quais as doenças que estavam tratando. A pergunta foi "O(A) Senhor(a) sabe quais são as doenças que está realizando tratamento?", e o levantamento mostrou que 56 (81,16%) pacientes souberam responder a pergunta corretamente, confirmadas pelos dados do Sistema Gestor. Entre os que não souberam responder corretamente o questionário, 9 pacientes referiram ao menos um problema de saúde, e apenas 4 não responderam. Estes últimos, de idade acima de 72 anos, estavam

Tabela 1 – Compreensão dos idosos sobre a própria saúde.

VARIÁVEIS	N	%
As doenças		
Conhecem todas as doenças	56	81,16%
Conhecem alguma doença	9	13,04%
Não conhecem as doenças	4	5,79%
Os remédios		
Conhecem todos os remédios	28	40,57%
Conhecem a maioria dos remédios	33	47,82%
Conhecem poucos ou nenhum dos remédios	8	11,59%
A família		
Familiares presentes nos cuidados	25	36,23%
Familiares pouco participativos ou ausentes nos cuidados	44	63,76%

com acompanhante durante a consulta médica. Quanto maior o conhecimento do idoso sobre seu problema de saúde, maior a possibilidade de compromisso no auto cuidado.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que atuam na equipe, realizaram visitas para os 69 pacientes ao longo das 8 semanas e questionaram aos entrevistados se havia alguém na família que ajudava nos cuidados da saúde deles com participação contínua, e não apenas visitas esporádicas, também, indagaram se eles sabiam quais os medicamentos diários que tomavam. A Agente Comunitária pegou todos os remédios que o paciente fazia uso e realizou um "check list" utilizando a receita médica; mostrou cada envelope ao paciente e o mesmo responderia à entrevistadora os horários que tomavam cada medicação, e por fim, responderam se faziam uso correto ou não da medicação, com a contagem dos comprimidos no final da entrevista. Os resultados estão expressos na **Tabela 1**.

A partir daí, os entrevistados foram separados em dois grupos: (A) Pacientes idosos que contavam com acompanhamento familiar contínuo; (B) Pacientes idosos com acompanhamento familiar intermitente ou ausente. Utilizou-se o resultado da contagem dos medicamentos de cada paciente para analisar se estava fazendo uso correto dos medicamentos ou não.

No grupo A (**Tabela 2**), estavam presentes todos os 4 pacientes que não conheciam as doenças que tratava e nem os remédios que usava continuamente (A1), também, entraram 3 pacientes que conheciam parcialmente suas doenças, com boa noção dos remédios que ingeriam (A2), e por fim, 18 pacientes que referiram todas as doenças, e entre eles, 11 mostraram conhecer todos os remédios (A3.1), e, apenas 7 sabiam parcialmente as medicações (A3.2).

Entre os fatores que influenciam a adesão/não adesão ao tratamento, a família parece



Tabela 2 – Apoio familiar ao idoso

	corretoda	medicação	%
A1	3		12%
A2	3		12%
A3.1	10		40%
A3.2	7		28%
Total: 25	23		92%

Tabela 3 – A falta de apoio familiar ao idoso

	correto da	medicação	%
B1.1	13		29,54%
B1.2	21		47,72%
B2.1	2		4,54%
B2.2	0		0
Total: 44	36		81,81%

apresentar papel de destaque, pois apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição crônica, torna-se permeável aos ajustamentos necessários e constitui suporte para o seu familiar doente.

Em contrapartida, o grupo B ( **Tabela 3**), 38 idosos souberam referir todas as doenças, e deles, 14 conheciam totalmente os remédios que faziam uso (B1.1), e 24 idosos, apenas parcialmente (B1.2). Já os 6 pacientes que conhecem algumas das doenças, apenas 2 sabiam conheciam parcial os medicamentos (B2.1), e 4 idosos precisavam recorrer à Unidade de Saúde, vizinhos ou mesmo ficavam sem tomar o medicamento durante os finais de semana (B2.2).

Alguns pacientes, apesar da idade avançada, tem uma boa capacidade cognitiva, então mesmo comparecendo sozinhos na consulta, e não tendo o apoio familiar, conseguem tirar suas dúvidas com o médico e com a ESF, sabem relatar sobre as doenças em tratamento e os problemas que os afligem, e a maioria tomam seus medicamentos corretamente. Ainda assim, os pacientes que nao recebem o apoio familiar acabam tendo opiniões diversas, alguns sentem falta de ter alguém da família por perto, para cuidar, para conversar, e passar segurança, outros dizem que a família mais atrapalha do que ajuda, as vezes por laços familiares corrompidos.

O núcleo familiar instável acarreta um efeito dominó, com brigas contínuas, falta de apoio e cuidados, que acabam desgastando os indivíduos, e levando a prejuízos em seus estados físicos e mentais, podendo aparecer quadros depressivos, alimentação incorreta, o que prejudica ainda mais a saúde deles. Essa falta de contato entre a família e o idoso

reflete uma falha importante dos profissionais atuantes na equipe da ESF, que deveriam ajudar a incorporar o interesse dos familiares mais próximos dos idosos no tratamento dos indivíduos com HAS, favorecendo sobremaneira a adesão do indivíduo à sua terapêutica.

Na amostragem do estudo, é possível avaliar que a participação familiar é um fator que contribui para melhorar a saúde do idoso, pois além de ser um agente facilitador na adesão ao tratamento, também acaba incentivando práticas de autocuidados, como a higiene, caminhadas, alimentação, além de ajudarem no tratamento das depressões quando presentes, e principalmente, por acompanhá-los em consultas médicas e terem conhecimento do planejamento de saúde propostos pelas ESF. O número de elevado de medicamentos também é um fator que causa confusão para os pacientes, por apresentarem nomes difíceis para decorarem, e horários diferentes de tomadas, muitas vezes eles acabam se confundindo, pulando doses, ou mesmo tomando menos por conta própria por medo de ingerir remédios em excesso, e a família viria a contribuir nesta adesão.

Portanto, a solicitação para o acompanhamento de algum familiar na consulta médica, não é apenas para repassar as informações quanto a saúde e programação do tratamento do paciente, mas também, para que eles entendam a doença, acompanhem a evolução clínica e estreitem os laços, para que possa haver um compromisso de melhorar a saúde dos idosos. É preciso que enfrentem juntos as morbidades e doenças que existam, que haja preocupação no tratamento, no uso das doses corretas dos medicamentos, no bem estar físico e mental do idoso, para evitar desgastes e melhorar a qualidade de vida deles.

## Referências

- BALDONI, A. de O. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 32, n. 3, p. 313–321, 2011. Citado na página 15.
- BORGES, M. M. M. de C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 13, n. 3, p. 349–360, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: Da saÚde*. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 08 Fev. 2017. Citado na página 16.
- DATASUS. *Informações de Saúde: Demográficas e sociais*. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 11 Jul. 2016. Citado na página 9.
- DATASUS. *Sistema de Informação de Atenção Básica: Situação de saúde - paranÁ*. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPR.def>>. Acesso em: 10 Jul. 2016. Citado na página 9.
- DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. de. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em são paulo, brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v. 17, p. 370–378, 2005. Citado na página 15.
- LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Estatuto do idoso. Edições Câmara, Brasília, n. 3, 2013. Citado na página 10.
- MARINGÁ, P. de. *Portal Cidadão: Portal geomaringá*. 2016. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/>>. Acesso em: 03 Ago. 2016. Citado na página 9.
- MARINGÁ, S. de S. *Centro de Informações de Saúde: Gestor de saúde*. 2016. Disponível em: <<http://saude.maringa.pr.gov.br/>>. Acesso em: 01 Ago. 2016. Citado na página 9.
- MARTINI, J. G. et al. *Atenção Integral à Saúde do Idoso: Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso*. 2016. Disponível em: <[https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/20601/mod\\_resource/content/1/unidade2/top2\\_2.html](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/20601/mod_resource/content/1/unidade2/top2_2.html)>. Acesso em: 05 Dez. 2016. Citado na página 10.
- MELO, N. C. V. de et al. Arranjo domiciliar de idosos no brasil: análises a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios (2009). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 19, n. 1, p. 139–151, 2016. Citado na página 15.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 18, n. 3, p. 507–519, 2015. Citado na página 16.

VERAS, R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa: The urgent and imperative change in the health care of the elderly. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 18, n. 1, p. 5–6, 2015. Citado na página [17](#).