

Artigo de pesquisa clínica / <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v51n3.103123>

A incidência da polifarmácia em pacientes atendidos pelo *Programa Melhor em Casa* (MemC)

Leticia Cristina Alves de Sousa^{1*}, Bruno Rogério Ferreira¹, Kennia Rodrigues Tassar¹, Jonathan Ballico de Moraes², Isabela Jubé Wastowski¹

¹ Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Morrinhos.

² Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Itumbiara.

Endereço: Av. Presidente Vargas, n 1082, Centro, Goiatuba, Brasil, CEP 75600-000

*Autor para correspondência: leticiafarm7620@gmail.com

Recebido: 15 de junho de 2022

Revisado: 9 de julho de 2022

Aceto: 16 de julho de 2022

RESUMO

Objetivo: avaliar a incidência da polifarmácia em pacientes em atendimento domiciliar pelo *Programa Melhor em Casa*. **Material e métodos:** foram avaliados 28 prontuários de pacientes em atendimento pelo MemC na cidade de Goiatuba-GO, no período de dezembro de 2020 a julho de 2021. Foi avaliado o perfil do paciente e as variáveis idade, sexo e medicamentos utilizados. **Resultados e discussão:** a maioria dos pacientes são do gênero feminino, 64,3% (n=18) em oposição a 35,7% do gênero masculino (n=10). Durante a pesquisa 5 pacientes faleceram (17,24%). A idade média dos pacientes foi de 67,3 ± 19,0 anos; desse total 28,57% (n=8) possuem idade entre 18 e 59 anos; e, os outros 71,43% (n=20) idades acima de 60 anos, caracterizando-se como idosos. A média de medicamentos utilizados foi de 5,7±3,3 medicamentos/paciente, sendo maior entre os pacientes idosos, 6,0±3,5. **Conclusão:** a utilização exacerbada de medicamentos pode provocar aparecimento de reações adversas que, por vezes, podem ser confundidas com novos sintomas. A terapia farmacológica não deve ser a única alternativa do paciente, ela deve estar associada com acompanhamento nutricional, físico, psicológico.

Palavras-chave: atendimento domiciliar, envelhecimento, tratamento farmacológico, qualidade de vida.

SUMMARY

The incidence of polypharmacy in patients assisted by the *Programa Melhor em Casa* (MemC)

Aim: To evaluate the incidence of polypharmacy in patients attended at home by the *Programa Melhor em Casa Program*. **Material and methods:** 28 medical records of patients attended by MemC in the city of Goiatuba-GO, from December 2020 to July 2021 were evaluated. The patient profile and the variables age, sex and medications used were evaluated. **Results and discussion:** the majority of patients were women, 64.3% (n=18) compared to 35.7% of men (n=10). During the study 5 patients died (17.24%). The mean age of the patients was 67.3 ± 19.0 years; of this total, 28.57% (n=8) were between 18 and 59 years old; and, the other 71.43% (n=20) were over 60 years old, characterizing them as elderly. The mean number of drugs used was 5.7 ± 3.3 drugs/patient, being higher among elderly patients, 6.0 ± 3.5 . **Conclusion:** The exacerbated use of drugs can lead to the appearance of adverse reactions that can sometimes be confused with new symptoms. Pharmacological therapy should not be the only alternative for the patient, but should be associated with nutritional, physical and psychological support.

Keywords: home care, aging, pharmacological treatment, quality of life.

RESUMEN

Incidencia de la polifarmacia en los pacientes asistidos por el *Programa Melhor em Casa* (MemC)

Objetivo: evaluar la incidencia de la polifarmacia en los pacientes atendidos a domicilio por el Programa Melhor em Casa. **Material y métodos:** se evaluaron 28 historias clínicas de pacientes atendidos por MemC en la ciudad de Goiatuba-GO, desde diciembre de 2020 hasta julio de 2021. Se evaluó el perfil del paciente y las variables edad, sexo y medicamentos utilizados. **Resultados y discusión:** la mayoría de los pacientes son mujeres, el 64,3% (n=18) frente al 35,7% de hombres (n=10). Durante el estudio murieron 5 pacientes (17,24%). La edad media de los pacientes fue de $67,3 \pm 19,0$ años; de este total, el 28,57% (n=8) tenían entre 18 y 59 años; y, el otro 71,43% (n=20) tenían más de 60 años, caracterizándose como ancianos. El número medio de fármacos utilizados fue de $5,7 \pm 3,3$ fármacos/paciente, siendo

mayor entre los pacientes de edad avanzada, $6,0 \pm 3,5$. **Conclusión:** el uso exacerbado de fármacos puede provocar la aparición de reacciones adversas que a veces pueden confundirse con nuevos síntomas. La terapia farmacológica no debe ser la única alternativa para el paciente, sino que debe ir asociada a un acompañamiento nutricional, físico y psicológico.

Palabras clave: atención domiciliaria, envejecimiento, tratamiento farmacológico, calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar é uma prática remota, na Europa da Idade Média essa prática era amplamente utilizada, mesmo antes da institucionalização dos hospitais [1]. Em 1947, a primeira unidade de assistência domiciliar surgiu nos Estados Unidos e teve como motivações iniciais descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável [2].

Em comparação com as instituições em um ambiente regulamentado, o atendimento domiciliar oferece aos indivíduos maior liberdade. No Brasil, provavelmente, a primeira experiência de cuidado domiciliar tenha sido a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência- Samdu, criado em 1949 [3].

A atenção domiciliar (AD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria nº 2029 de 24 de agosto de 2011 [4] sendo revogada e alterada no mesmo ano pela Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011 [5]. Após sofrer alterações a Portaria nº 2527/2011 foi revogada pela Portaria nº 963/2013 [6].

Atualmente, a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 traz as definições atualizadas e as equipes habilitadas para o atendimento domiciliar. A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade [7].

O *Programa Melhor em Casa* (MemC) iniciou-se em novembro de 2011 pelo Governo Federal com o objetivo de ampliar o atendimento domiciliar pelo SUS [8]; promovendo assistência gratuita e multiprofissional em domicílio [9]. Existem bons motivos para o atendimento domiciliar, uma vez que o lar é um lugar emocional, com memórias e conforto, e para algumas pessoas sair de casa pode ser perturbador e deprimente [10]. A atenção domiciliar, em alguns casos, é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador [7].

O atendimento domiciliar é voltado à humanização da medicina e dos atendimentos em saúde, considerando a integralidade do indivíduo [11]. Esse programa possui abordagem multiprofissional; as equipes do programa MemC são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos [12].

O Brasil possui 5570 municípios [13] e o *Programa Melhor em Casa* está em 732 municípios brasileiros, com mais de 1,6 mil equipes multiprofissionais ativas e já alcançou mais de 28,9 milhões de procedimentos [14]. Pela quantidade de municípios, a cobertura do MemC representa apenas 13,14% do território nacional. Isso porque não é qualquer município que está apto para aderir ao *Programa Melhor em Casa*. O município deve possuir uma população maior ou igual a 20 000 (vinte mil) habitantes e possuir serviço de hospitalização ou hospital de referência dentro da sua região de saúde e serviço móvel de urgência (SAMU) ou serviço equiparante [15].

O envelhecimento aumenta a prevalência de diversas afecções, principalmente as de caráter crônico e em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional. Como consequência, dessas doenças crônicas ligadas ao envelhecimento, observa-se o aumento da quantidade de medicamentos necessários. Algumas vezes os idosos passam a ter uma alimentação deficitária, além de se tornarem mais sedentários e desenvolverem transtornos mentais. No entanto, pacientes complexos representam diferentes segmentos da população e requerem abordagens que enfoquem as necessidades específicas [16].

O medicamento é um produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico [17]. Esses produtos são amplamente utilizados pela população tanto para uso contínuo, como no caso de tratamento de doenças, uso esporádico, como alívio de dores, e até mesmo auxiliar de diagnóstico, como é o caso dos contrastes. A tomada de medicamentos envolve sequência de etapas –prescrição, comunicação, dispensação, administração e acompanhamento clínico– o que a torna um ato complexo e vulnerável às iatrogenias, particularmente em idosos [18].

A polifarmácia é definida como o uso simultâneo e rotineiro de cinco ou mais medicamentos, incluindo os medicamentos prescritos e/ou medicamentos tradicionais e complementares usado por um paciente [19]. E grande parte dos idosos que tem acesso a serviços de saúde fazem uso da polifarmácia. Em um estudo realizado por Ramos *et al.* [20] concluíram que o risco de polifarmácia aumenta significativamente na presença de diabetes, problemas cardíacos, hipertensão, doenças reumáticas e pulmonares. Além de implicar em um risco aumentado de problemas relacionados a medicamentos, como interações e reações adversas a medicamentos, subutilização de tratamentos necessários, baixa adesão e mortalidade parcialmente evitável [21].

Em 2012, foi estabelecido a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS [22]. Ela foi elaborada atendendo aos princípios da universalidade, efetividade, eficiência, comunicação, racionalidade e serviços farmacêuticos qualificados. Esses princípios conferem que os usuários do SUS terão acesso igualitário à medicamentos eficientes e de forma racional e humanizada.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, no inglês WHO) [23], medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável. A RENAME cumpre papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar os medicamentos utilizados no âmbito do SUS:

“A atualização permanente da Rename, como instrumento promotor do uso racional e lista orientadora do financiamento e acesso a medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica, torna-se um grande desafio para os gestores do SUS, diante da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde [...]

A disponibilidade ambulatorial de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sendo: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado, que possuem características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização dos fármacos [...]

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde [...]

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade [...]

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da

integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde” [24].

Osorio-de-Castro *et al.* [25] apontam que os gerentes dos sistemas de saúde e os prescritores devem se atentar as listas de medicamentos essenciais (LME), à educação farmacoterapêutica do prescritor para uso racional e diretrizes sustentáveis para doenças prioritárias. A padronização de medicamentos e produtos para saúde é o início da assistência farmacêutica, cuja elaboração desencadeia uma cascata de benefícios que facilitam e melhoram a gestão de todas as atividades que os envolvam [26].

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser elaborada para atender às necessidades específicas da população de cada município, tendo a RENAME como modelo [27]. Juntamente com a padronização, a seleção e aquisição de medicamentos devem ser realizados de forma responsável. A seleção admite medicamentos eficazes e seguros de acordo com as necessidades de uma população específica e, se bem conduzida, resulta em ganhos terapêuticos e econômicos, seja para instituições públicas ou privadas [26].

O objetivo do presente artigo foi avaliar a incidência da polifarmácia em pacientes em atendimento domiciliar pelo *Programa Melhor em Casa*.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Goiás, sob o número 4.348.814. Foram avaliados 28 pacientes em atendimento pelo MemC na cidade de Goiatuba-GO, no período de dezembro de 2020 a julho de 2021. Os pacientes e responsáveis foram informados sobre o objetivo da pesquisa e solicitado aos mesmos a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), sendo o último assinado na impossibilidade do próprio paciente assinar.

A pesquisa foi realizada através da análise dos prontuários, onde foi avaliada o perfil do paciente e as variáveis idade, sexo e medicamentos utilizados. Essa análise foi realizada na sala da coordenação do *Programa Melhor em Casa*, onde os prontuários são acondicionados.

Foi realizada análise estatística. Os resultados foram expressos como média \pm desvio padrão. Para os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5% e todos foram considerados como bilaterais. Para a comparação das medidas numéri-

cas, quando a distribuição é normal foram aplicados testes-t. Para a comparação das medidas categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher. A associação entre as medidas numéricas foi analisada com o coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 28 pacientes. Na tabela 1 está apresentado o perfil dos pacientes que, em sua maioria, são do gênero feminino 64,3% (n=18) em oposição a 35,7% do gênero masculino (n=10). Durante a pesquisa 5 pacientes faleceram (17,24%). A idade média dos pacientes foi de $67,3 \pm 19,0$ anos; desse total 28,57% (n=8) possuem idade entre 18 e 59 anos; e, os outros 71,43% (n=20) idades acima de 60 anos, caracterizando-se como idosos. A média de medicamentos utilizados foi de $5,7 \pm 3,3$ medicamentos/paciente, sendo maior entre os pacientes idosos, $6,0 \pm 3,5$.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes atendidos pelo *Programa Melhor em Casa*, na cidade de Goiatuba-GO.

Medida	Total (n = 28)	Idade	
		< 60 (n = 8)	>= 60 (n = 20)
Idade (anos)	$67,3 \pm 19,0$	$42,6 \pm 13,1$	$77,2 \pm 9,6$
Sexo			
Masculino	10 (35,7%)	2 (25,0%)	8 (40,0%)
Feminino	18 (64,3%)	6 (75,0%)	12 (60,0%)
Qtd. medicamentos	$5,7 \pm 3,3$	$4,8 \pm 2,6$	$6,0 \pm 3,5$

Legenda. n: número de pacientes. Qtd: Quantidade.

Para verificar se houve a associação entre idade e quantidade de medicamentos, foi calculada a correlação de Spearman. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre idade e quantidade de medicamentos, $p = 0,784$.

Verificou-se que um pouco mais da metade dos participantes, 57% ($n = 16$), está classificado como polifarmácia (Tabela 2). A idade média observada desses pacientes, $70,4 \pm 12,5$ anos, é um pouco maior que os que usam menos medicamentos, $63,1 \pm 25,3$. A polifarmácia é consequência das comorbidades, quanto mais comorbidades, mais medicamentos utilizados. As patologias mais frequentemente encontradas foram Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Diabetes. Durante a análise dos dados, foram encontrados que entre os pacientes avaliados foram registrados o uso de 78 fármacos diferentes.

Tabela 2. Perfil dos pacientes conforme classificação de polifarmácia.

Medida	Total ($n = 28$)	Paciente polifarmácia	
		Não ($n = 12$)	Sim ($n = 16$)
Idade (anos)	$67,3 \pm 19,0$	$63,1 \pm 25,3$	$70,4 \pm 12,5$
Sexo			
Masculino	10 (35,7%)	3 (33,3%)	7 (36,8%)
Feminino	18 (64,3%)	6 (66,7%)	12 (63,2%)
Qtd. comorbidades	$4,5 \pm 2,0$	$4,0 \pm 1,7$	$4,9 \pm 2,1$

Legenda. n: número de pacientes. Qtd: Quantidade.

Foram encontrados 78 fármacos diferentes nos prontuários. Entre os fármacos prescritos e encontrados nos prontuários, o líder foi a losartana potássica, com prescrição para 12 (doze) pacientes. A losartana potássica é um Antagonista de Receptor de Angiotensina II, utilizado como anti-hipertensivo e vasodilatador [28]. A losartana potássica é o medicamento mais consumido por idosos e o mais vendido no Brasil [29]. As principais classes terapêuticas prescritas foram antiagregantes plaquetários (7,33%), anti-hipertensivos (25,33%), antipêêmico (6,66%), hipoglicemiantes (5,33%) e antidepressivos (8%), que corresponderam à 52,65% dos medicamentos prescritos (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência do consumo de medicamentos pelos pacientes, segundo os prontuários analisados.

Classe terapêutica	Quantidade	%
Anti-hipertensivo	38	25,33
Antidepressivo	12	8,00
Antiagregante plaquetário	11	7,33
Antilipêmico	10	6,67
Hipoglicemiante	8	5,33
Vitaminas ou Suplementos	6	4,00
Ansiolítico	6	4,00
Neurolépticos	5	3,33
Inibidor da Bomba de Prótons	4	2,67
Analgésicos	3	2,00
Anticoagulante	3	2,00
Outros	44	29,33

Entre os 78 fármacos prescritos, 48 fármacos (61,53%) estão presentes na RENAME, e desses, apenas 17 fármacos (21,79%) estão presentes na REMUME do município em estudo [30]. Inúmeras vezes os medicamentos tomam-se uma parcela importante do rendimento familiar, prejudicando a qualidade de alimentação, lazer e adimplência da família.

A presença de comorbidades proporciona o uso de medicamentos e, como consequência pode desencadear a polifarmácia. Akgün *et al.* [31] alertam que nem todos os medicamentos são clinicamente adequados e alguns podem até contribuir para causar danos; exemplificando, os medicamentos hipoglicêmicos, mesmo que necessários, podem causar diminuição da atividade por hipoglicemia e ganho de peso [32]. A revisão periódica de medicamentos utilizados por idosos deve fazer parte intrínseca da prática clínica [18].

Os efeitos terapêuticos de certos medicamentos podem diminuir com a multimorbidade e fragilidade e podem justificar uma reavaliação dos benefícios potenciais em comparação com seus danos [31]. Com o avanço da idade, os aspectos farmacocinéticos (absorção, distribuição, metabolismo e excreção) do paciente sofrem alteração, contribuindo com o aparecimento de efeitos tóxicos. Em um estudo realizado por Auvinen *et al.* [33], apontam que mais de 80% dos pacientes em atendimento domiciliar usaram medicamentos que afetam a função renal. Há a necessidade de estratégias que possam

orientar os médicos clínicos sobre como proporcionar os benefícios do tratamento medicamentoso para esses pacientes, mas ao mesmo tempo evitar consequências negativas [34]. Assim:

“Com o avanço da idade, a quantidade de água no corpo diminui, reduzindo o volume de distribuição dos medicamentos hidrofílicos [...] O aumento da gordura corporal, aumenta o volume de distribuição de drogas lipossolúveis e, portanto, a meia-vida do fármaco. O tempo para atingir o estado de concentração é prolongado. A absorção intestinal do medicamento é menor devido à diminuição de seu movimento. Há diminuição da função hepática e de drogas metabolizadas e excretadas pelo fígado” [35].

A documentação insuficiente e a troca de informações relacionadas à medicação entre os profissionais de saúde são uma causa potencial de erros de prescrição e reações adversas ao medicamento [36]. É importante que em cada visita ao paciente, os medicamentos sejam analisados e avaliados a necessidade de continuarem sendo administrados. Yildirim e Kilinç [35] afirmam que quanto menor a quantidade de medicamentos, menor será o número de interações medicamento-medimento e medicamento-dieta:

“Identificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), duplicações de medicamentos, interações medicamentosas, suspeita de reação adversa ao medicamento, monitoramento de drogas terapêuticas, medicamentos desnecessários e manejos não farmacológicos inadequados” [37].

A aquisição de medicamentos pode consumir grande parte dos recursos financeiros do paciente, fazendo com que inúmeras vezes medicamentos considerados mais importantes sejam prioritários no momento da compra. A terapia farmacológica deve ser adotada com o menor número de fármacos possível; e os fármacos de ação prolongada devem ser preferidos. Lin *et al.* [37] demonstraram que um programa colaborativo médico-farmacêutico direcionado a pacientes geriátricos de polifarmácia proporciona economia de custos.

No estudo, 57% dos pacientes podem ser considerados em uso de polifarmácia, e esse hábito pode aumentar a quantidade de interações medicamentosas e reações adversas aos medicamentos. Outro ponto importante é que medicamentos de venda livre e fitoterápicos mais comuns, geralmente, não são relatados ao médico [35]. Os resultados contabilizados consideraram apenas os medicamentos listados no prontuário médico do paciente, podendo esse número ser maior caso seja considerado os medicamentos utilizados esporadicamente, por indicação de terceiros e a automedicação.

A terapia farmacológica pode consumir grande parte da renda familiar, principalmente quando a terapia prescrita não está na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), causando impactos na alimentação, lazer, adimplência no comércio, entre outros.

Dos 16 pacientes em uso de polifarmácia, 12 pacientes (63,2%) são mulheres e 7 pacientes (36,8%) são homens. Entre os idosos, 87,5% dos pacientes estão em uso de polifarmácia, entre eles 10 são mulheres (71,42%), enquanto que 4 são homens (28,58%). O aumento da prevalência da polifarmácia entre as mulheres também foi encontrado por Romano-Lieber *et al.* [38], com valores de 36,6 e 26,9%, respectivamente, para mulheres e homens idosos.

Visto que a polifarmácia está presente na maioria dos pacientes, é importante a atuação do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, exercendo ações de educação, orientação e intervenções. O farmacêutico é o profissional de saúde mais adequado da atenção primária para gerenciar as atividades objetivadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos [26].

Conceição *et al.* [29] explicam que o farmacêutico identifica os problemas relativos aos medicamentos, efeitos colaterais, interações medicamentosas, uso incorreto de medicamentos, além de elaborar e implementar o plano de atenção farmacêutica. O farmacêutico clínico pode direcionar a revisão para problemas clinicamente relevantes e o médico pode fazer alterações na medicação do paciente na reunião de equipe quando todas as informações estiverem disponíveis [33].

CONCLUSÃO

A terapia farmacológica, sem dúvidas, é uma das ferramentas utilizadas mundialmente para controle de patologias, melhora de sintomas e, conseqüente melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, a utilização exacerbada desses medicamentos pode provocar aparecimento de reações adversas que, por vezes, podem ser confundidas com novos sintomas.

Outro fator que deve ser levado em consideração é o acompanhamento do paciente por diversas especialidades médicas, que pode aumentar o número de medicamentos prescritos. É importante orientar aos pacientes e cuidadores, que a cada consulta, seja informada ao médico assistente os medicamentos em uso, uma vez que pode ser necessário a substituição ou alteração de dose do fármaco.

A terapia farmacológica não deve ser a única alternativa do paciente, ela deve estar associada com acompanhamento nutricional, físico, psicológico. Todavia, uma vez que ela for necessária, deve ser feita levando-se em conta a REMUME, para que o paciente tenha acesso ao medicamento sem ter o comprometimento financeiro familiar. A REMUME jamais acolherá a totalidade dos medicamentos necessários da população, mas deve ser padronizada, selecionada e adquirida levando-se em consideração a população atendida. Realizar levantamentos epidemiológicos se faz necessário para programar a seleção em compra de medicamentos. O farmacêutico deve fazer parte das equipes multiprofissionais sempre que envolvam a utilização de medicamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Deus por nos permitir ampliar o conhecimento, à família por nos apoiar e à orientadora por nortear a nossa trajetória. A Universidade Estadual de Goiás, a FAPEG e a Capes pelo incentivo à pesquisa.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não relatam nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, *Atenção Domiciliar-Manual Instrutivo*, 2014, URL: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/instrutivo_atencao_domiciliar.pdf, Acessado em 28 de março de 2022.
2. T.C.M.S.B. Rehem, L.A.B. Trad, Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira, *Ciência & Saúde Coletiva*, **10**(suppl), 231-242 (2005).
3. L.L. Stelmacke, V.M.R. Nogueira, O cuidado domiciliar na política nacional de saúde, *Juiz de Fora*, **10**, 148-171 (2010).
4. Brasil, Portaria nº 2029 de 24 de agosto de 2011, URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.htm, Acessado em 10 de novembro de 2021.

5. Brasil, Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011, URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html, Acessado em 10 de novembro de 2021.
6. Brasil, Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html, Acessado em 10 de novembro de 2021.
7. Brasil, Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html, Acessado em 10 de novembro de 2021.
8. CRN Conselho Regional de Nutrição, Lançamento do Programa de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), 2011. URL: <https://novoportal.crn1.org.br/lancamento-do-programa-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa/>, acessado em 22 de agosto de 2021.
9. R.C.G. Araújo, C.A. Macedo, C.R. Paula, J.F.F.S. Paranaíba, B.B. Pelazza, L.G. Maia, *et al.*, Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional, *Itinerarius Reflectionis*, **14**(4), 1-23 (2018).
10. WHO, World Health Organization, *The solid facts: Home Care in Europe*, 2016, URL: <https://conexaohomecare.com/web/Home%20Care%20in%20Europe.pdf>, acessado em 25 de junho de 2021.
11. E.A.B. Castro, D.R.R. Leone, C.M. Santos, F.C.C.G. Neta, J.R.L. Gonçalves, D. Contim, *et al.*, Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, **39**, e2016-0002 (2018).
12. Brasil, Ministério da Saúde, *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*, 2020. URL: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>, acessado em 13 de dezembro de 2021.
13. C. Índio do Brasil, Brasil tem 49 municípios com mais de 500 mil habitantes, Agência Brasil, 2021, URL: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-08/brasil-tem-49-municipios-com-mais-de-500-mil-habitantes>, acessado em 22 de novembro de 2021.
14. Brasil, Ministério da Saúde, *Melhor em Casa: Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar*, 2021, URL: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/11/melhor-em-casa-mi>

- nisterio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar, Acessado em 22 de novembro de 2021.
15. S.L. Santos, M.I. Rodrigues, A.B.D. Nascimento, L.R. Rocha, S.S.S. Fonseca, A.M. Camelo, Conhecendo o funcionamento e atuação da equipe multiprofissional do *Programa Melhor em Casa* no município de Cristino Castro – Piauí, Brasil, *Research, Society and Development*, **9**, e188974019 (2020).
 16. M. Greiver, S. Dahrouge, P. O'Brien, D. Manca, M.T. Lussier, J. Wang, *et al.*, Improving care for elderly patients living with polypharmacy: protocol for a pragmatic cluster randomized trial in community-based primary care practices in Canada, *Implementation Science*, **14**, 55 (2019).
 17. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html, acessado em 28 de dezembro de 2021.
 18. M.L. Gorzoni, R.M.A. Fabbri, S.L. Pires, Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, *Revista da Associação Médica Brasileira*, **58**, 442-446 (2012).
 19. WHO, World Health Organization, *Medication Safety in Polypharmacy*, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1>, Acessado em 13 de abril de 2021.
 20. L.R. Ramos, N.U.L. Tavares, A.D. Bertoldi, M.R. Farias, M.A. Oliveira, V.L. Luiza, *et al.*, Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge, *Revista de Saúde Pública*, **50**(Suppl 2), 9s (2016).
 21. J. Jyrkkä, H. Enlund, M.J. Korhonen, R. Sulkava, S. Hartikainen, Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population, *Drugs & Aging*, **26**, 1039-1048 (2009).
 22. Brasil, Ministério da Saúde, Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012.
 23. WHO, World Health Organization, *Model List of Essential Medicines*, URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>, Acessado em 04 de fevereiro de 2022.

24. Brasil, Ministério da Saúde, *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022*, URL: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia->, Acessado em 03 de março de 2022.
25. C.G.S. Osorio-de-Castro, T.B. Azeredo, V.L.E. Pepe, L.C Lopes, S. Yamauti, B. Godman, *et al.*, Policy change and the National Essential Medicines list development process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been abandoned? *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, **122**, 402-412 (2018).
26. J.F.C. Sousa, D.C. Athaide, E.O. Amador, P.A. Silva, I.C. Costa, L.S. Cavalcante, *et al.*, Padronização de medicamentos e produtos para saúde, da estratégia consultório na rua do município de Belém – Pará e a importância do profissional farmacêutico no processo, *Brazilian Journal of Development*, **7**, 111453-111472 (2021).
27. T.S. Dal Pizzol, D.J. Trevisol, I. Heineck, L.M. Flores, A.L. Camargo, Á. Köenig, *et al.*, Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros, *Cadernos de Saúde Pública*, **26**, 827-836 (2010).
28. H.P. Rang, M.M. Dale, *Farmacologia Clínica*, 8ª ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2016.
29. S.B. Conceição, G.B. Mariuba, N.S. Santos, M.A. Rebelo, M.D. Pereira, Envelhecimento populacional com foco no uso racional de medicamentos: o papel do farmacêutico, *Revista Intersaúde*, **1**, 37-47 (2019)
30. Goiatuba, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) da Farmácia Hospitalar do SUS de Goiatuba GO, Prefeitura de Goiatuba, 2019.
31. K.M. Akgün, S. Krishnan, S.L. Feder, J. Tate, J.S. Kutner, K. Crothers, Polypharmacy increases risk of dyspnea among adults with serious, life-limiting diseases, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, **37**, 278-285 (2020).
32. E. Jaul, J. Barron, J.P. Rosenzweig, J. Menczel, An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults, *BMC Geriatrics*, **18**, 305 (2018).

33. K. Auvinen, J. Räisänen, M. Merikoski, A. Mäntylä, A. Kumpusalo-Vauhkonen, H. Enlund, *et al.*, The Finnish Interprofessional Medication Assessment (FIMA): baseline findings from home care setting, *Aging Clinical and Experimental Research*, **31**, 1471-1479 (2019).
34. R. Romskaug, E. Skovlund, J. Straand, E. Molden, H. Kersten, K.H. Pitkala, *et al.*, Effect of clinical geriatric assessments and collaborative medication reviews by geriatrician and family physician for improving health-related quality of life in home-dwelling older patients receiving polypharmacy, *JAMA Internal Medicine*, **180**, 181-189 (2020).
35. A.B. Yıldırım, A.Y. Kılınç, [Polypharmacy and drug interactions in elderly patients], *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin Yayin Organidir*, **45**, 17-21 (2017).
36. C. Jäger, T. Freund, J. Steinhäuser, C. Stock, J. Krisam, P. Kaufmann-Kolle, *et al.*, Impact of a tailored program on the implementation of evidence-based recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices-results of a cluster-randomized controlled trial, *Implementation Science*, **12**, 8 (2017).
37. H.W. Lin, C.H. Lin, C.K. Chang, C.Y. Chou, I.W. Yu, C.C. Lin, *et al.*, Economic outcomes of pharmacist-physician medication therapy management for polypharmacy elderly: A prospective, randomized, controlled trial, *Journal of the Formosan Medical Association*, **117**, 235-243 (2018).
38. N.S. Romano-Lieber, L.P. Corona, L.F.G. Marques, S.R. Secoli, Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, **21**, E180006.supl.2 (2018).

COMO CITAR ESTE ARTIGO

L.C. Alves de Sousa, B.R. Ferreira, K. Rodrigues-Tassara, J. Ballico de Moraes, I. Jubé-Wastowski, A incidência da polifarmácia em pacientes atendidos pelo *Programa Melhor em Casa* (MemC), *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, **51**(3), 1448-1463 (2022). DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v51n3.103123>