

**ANÁLISE DA POLIFARMÁCIA E DE FATORES ASSOCIADOS AO USO  
RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS MORADORES DE  
RESIDÊNCIA DE CUIDADOS DE LONGA PERMANÊNCIA**

*ANALYSIS OF POLYPHARMACY AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE  
RATIONAL USE OF MEDICINES IN ELDERLY RESIDENTS OF LONG-TERM CARE  
RESIDENCES*

Recebido em: 21/03/2022

Aceito em: 27/05/2022

DOI: 10.47296/salusvita.v41i01.266

THAIS SILVA MENDES<sup>1</sup>

MARIA VICTÓRIA MARQUES POLO<sup>2</sup>

THAYNÁ MARIA GARBELLOTTI<sup>3</sup>

SAMARA MARCHETTI DE FREITAS<sup>4</sup>

LUCIANE CRISTINE RIBEIRO RODRIGUES<sup>5</sup>

PATRÍCIA RIBEIRO MATTAR DAMIANCE<sup>6</sup>

<sup>1</sup> *Discente do 6º ano de medicina, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, tatamendes1@icloud.com. <https://orcid.org/0000-0003-0815-8753>.*

<sup>2</sup> *Discente do 6º ano de medicina, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, victoria-mp@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-8318-1764>.*

<sup>3</sup> *Discente do 5º ano de medicina, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, thaynagarbellotti@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-6827-7821>.*

<sup>4</sup> *Discente do 5º ano de medicina, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, samara\_m\_freitas@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-6914-9696>.*

<sup>5</sup> *Doutora em Saúde Coletiva, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, lucianecristine01@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-6903-7598>.*

<sup>6</sup> *Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, São Paulo, Brasil, 19.807-655, patricia.mattar@alumni.usp.br. <https://orcid.org/0000-0003-0060-3023>*

Autor correspondente:  
PATRÍCIA RIBEIRO MATTAR DAMIANCE  
E-mail: patricia.mattar@alumni.usp.br

## **ANÁLISE DA POLIFARMÁCIA E DE FATORES ASSOCIADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS MORADORES DE RESIDÊNCIA DE CUIDADOS DE LONGA PERMANÊNCIA**

*ANALYSIS OF POLYPHARMACY AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE RATIONAL USE OF MEDICINES IN ELDERLY RESIDENTS OF LONG-TERM CARE RESIDENCES*

### **RESUMO**

Este trabalho teve por objetivo analisar a polifarmácia e os fatores associados ao uso racional de medicamentos em idosos moradores de residência de cuidado de longa permanência na perspectiva do cuidado nas condições crônicas de saúde. Foi desenvolvido junto a 68 prontuários, prescrições médicas e/ou registros de administração de medicamentos de idosos moradores de um residencial filantrópico do Vale do Paranapanema/São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento com perguntas abertas e fechadas sobre a temática e a análise se deu por meio do cálculo de frequência absoluta e relativa. A polifarmácia fazia parte da vida de grande parte dos idosos. Não foi possível compreender, por falta de sistematização e de controle documental interno, como os responsáveis técnicos do setor administrativo e da saúde adquiriam medicamentos, nem os custos envolvidos com a compra e o desperdício. Os medicamentos e seus resíduos eram descartados no lixo orgânico. Não foi possível também determinar se idosos recebiam o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, na dose e no período adequado às suas condições de saúde. Conclui-se que idosos moradores do residencial estão expostos à polifarmácia e o uso racional de medicamentos não é praticado.

**Palavras-chave:** Polifarmácia. Uso Racional de Medicamentos. Idosos. Indicadores básicos de saúde.

### **ABSTRACT**

*This study aimed to analyze polypharmacy and factors associated with the rational use of medicines in elderly residents of long-term care homes from the perspective of care in chronic health conditions. This study was developed with sixty-eight medical records, medical prescriptions, and/or medication administration records of elderly residents of a philanthropic home, located in a municipality in the Vale do Paranapanema/São Paulo. Data was collected using an instrument with open and closed questions on the theme. The analysis consisted of calculating absolute and relative frequency. Polypharmacy was part of the life of most elderly people. It was not possible to understand, due to the lack of systematization and internal document control, how the technicians responsible for the administrative and health sectors acquired the medicines, nor the costs involved with the purchase and waste. Medicines and their residues were disposed of in organic waste. It was also not possible to determine whether the elderly received medication appropriate to their clinical needs, in the dose and within the appropriate period to their health conditions. Therefore, elderly residents of the residential are exposed to polypharmacy and the rational use of medicines is not practiced.*

**Keywords:** *Polypharmacy. Rational Use of Medicines. Elderly. Health Status Indicators.*

## INTRODUÇÃO

Os idosos moradores de residências de cuidados de longa permanência (RCLP) possuem risco elevado de sofrerem efeitos deletérios da polifarmácia e do uso não racional de medicamentos, pois estão mais expostos à prescrição excessiva e, muitas vezes, inapropriada de medicamentos, além de apresentarem mais doenças limitantes, pré-disposição à fragilidade, baixa autonomia e funcionalidade, quando comparados aos idosos que vivem na comunidade (ALLDRED *et al.*, 2016; ANVISA, 2005, 2021; GAUTÉRIO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2019; SMANIOTO; HADDAD, 2013; WANDERLEY *et al.*, 2020).

Estudos recentes sugerem que idosos inseridos em RCLP de natureza filantrópica ingerem maior quantidade de medicamentos do que idosos residentes em comunidades e em Instituições não filantrópicas e que esses medicamentos são administrados por pessoas/profissionais de saúde com conhecimento insuficiente sobre terapia medicamentosa. Sugerem, ainda, que existe uma ausência de políticas públicas, de marco normativo e de ações programáticas para identificar, intervir e notificar eventos adversos ligados ao consumo de medicamentos por idosos que vivem em residências de cuidados, bem como de discussões nas esferas pública e privada sobre o uso racional de medicamentos (URM) em RCLP, na perspectiva dos custos, do descarte consciente e da logística reversa (ALLDRED *et al.*, 2016; GAUTÉRIO, 2012; PANES *et al.*, 2017; SMANIOTO; HADDAD, 2013; WANDERLEY *et al.*, 2020).

Diante de tal contexto, buscam-se respostas às seguintes questões: idosos inseridos em RCLP de natureza filantrópica em um município do Vale do Paranapanema estão expostos à polifarmácia? Como as equipes de saúde das RCLP do município gerenciam o consumo e o uso racional de medicamentos? Quais são os referenciais teóricos que norteiam o cuidado e o uso racional de medicamentos nas RCLP?

Este estudo buscou analisar a polifarmácia e os fatores associados ao uso racional de medicamentos em idosos vivendo em RCLP de natureza filantrópica na perspectiva do cuidado nas condições crônicas de saúde e do uso racional de medicamentos.

## METODOLOGIA

Pesquisa de natureza descritiva e exploratória, com delineamento quantitativo, desenvolvida junto aos prontuários, aos registros de institucionalização e de cuidados, as prescrições médicas e/ou aos registros de administração de medicamentos de idosos inseridos em uma das três RCLP de natureza filantrópica registradas na Vigilância Sanitária (VS) de um município do Vale do Paranapanema/São Paulo. Apesar do estudo ter sido aprovado pelos responsáveis técnicos das três residências do município, em virtude da pandemia de COVID-19, não foi possível o acesso a esses documentos em duas das três residências.

A residência alcançada, antes da pandemia, tinha capacidade física para acomodar 75 idosos, em quartos coletivos, com diversas configurações de camas. Nos primeiros contatos, havia 70 idosos no lar - todos com registros de institucionalização/admissão e/ou registros de administração de medicamentos completos – critério de inclusão. No momento da coleta de dados, dois idosos haviam falecido e outros dois estavam em processo de admissão.

Os registros desses idosos foram descartados, em observância ao critério de exclusão: registros de idosos falecidos ou em processo de admissão, no momento imediatamente anterior e posterior a coleta de dados. A intenção era obter um retrato documental e situacional do momento.

À vista disso, o estudo foi desenvolvido junto a 68 registros de admissão, de administração de medicamentos e/ou prescrições médicas, após diálogos com a equipe diretiva do residencial, nos momentos de concepção, de aprovação e de execução do projeto de pesquisa e da observância aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, previamente.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores por meio de um instrumento que contemplava questões sobre o perfil sociodemográfico, as condições de saúde, o consumo e o uso racional de medicamentos por idosos, entre agosto e outubro de 2018, no período da tarde, em dias da semana alternados. Os arquivos do setor administrativo e da saúde do residencial foram acessados com o apoio dos responsáveis técnicos da área administrativa, da assistência social e da enfermagem.

Para a identificação da polifarmácia foi considerada a definição “uso de cinco ou mais medicamentos”, para o consumo e o URM conforme a Lei nº 13.732, de 08 de dezembro de 2018, que versa sobre o prazo de validade das prescrições, laudos e atestados médicos para a retirada de medicamentos da rede credenciada da Farmácia Popular e das farmácias do SUS; o Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial preconizado pela Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 e cartilhas para a promoção do URM (BRASIL, 1998; 2015; 2017; 2018; CARVALHO; BARROS; FALQUETO, 2013).

Durante a coleta de dados, as pesquisadoras observaram a dinâmica administrativa, de cuidado e de administração de medicamentos, na RCLP. Essa observação não incluiu nenhum tipo de intervenção ou de participação nos processos internos e de acondicionamento, de transporte, de preparo, de administração e de descarte dos medicamentos.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2010 e analisados por meio de cálculos de frequência absoluta e relativa.

O estudo atendeu aos preceitos e às normativas que envolvem pesquisas com seres humanos, bem como solicitou e recebeu autorização dos responsáveis técnicos das três RCLP para o desenvolvimento da pesquisa em suas dependências físicas e foi apreciado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de Parecer 3.628.433. O CEP dispensou a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos idosos inseridos nas RCLP.

## RESULTADOS

A tabela 1 expressa a distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos na RCLP, oriundas da análise de 68 prontuários, dos registros de institucionalização, das prescrições médicas e/ou dos registros de administração de medicamentos.

Observou-se que 58,82% dos prontuários pertenciam aos idosos do sexo feminino; solteiros – 35,29%; brancos – 77,95% e com mais de oitenta anos – 45,60%. As informações sobre os anos de estudo, pessoa com deficiência, tipo de benefício social e renda mensal não foram localizadas nos documentos de admissão/institucionalização e nem nos prontuários dos idosos. A informação de que todos os idosos recebiam algum tipo de benefício social foi adquirida junto à assistente social da RCLP, assim como a informação quanto ao uso exclusivo do SUS.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos moradores de residencial de cuidados de longa permanência, no Vale do Paranapanema, SP, Brasil, 2019

Variáveis sociodemográficas	Idosos moradores na RCLP	
	N = 68	%=100
<b>Sexo</b>		
Feminino	40	58,82
Masculino	28	41,18
<b>Estado civil</b>		
Casado	06	8,82
Divorciado	14	20,58
Solteiro	24	35,29
Viúvo	18	26,49
Sem Informação	06	8,82
<b>Raça/cor da pele</b>		
Amarela	-	-
Branca	53	77,95
Parda	01	1,47
Preta	14	20,58
<b>Anos de estudo</b>		
Sem Informação	68	100,0
Nenhum	-	-
1 a 3 anos	-	-
4 a 7 anos	-	-
8 a 10 anos	-	-
11 a 14 anos	-	-
15 ou mais	-	-
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	12	17,64
70 a 79 anos	25	36,76
80 anos ou mais	31	45,60
<b>Pessoa com Deficiência</b>		
Sim	-	-
Não	-	-
Sem Informação	68	100,00
<b>Benefício assistência social</b>		
Não	-	-
Sim	68	100,00
<b>Uso exclusivo do SUS</b>		
Não	11	16,18
Sim	57	83,82

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A distribuição das variáveis referentes às condições de saúde, polifarmácia e consumo de medicamentos dos idosos institucionalizados foi ilustrada na tabela dois. Notou-se que 47 idosos – 69,11% - possuíam algum tipo de doença crônica, no caso, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - doenças documentadas nos registros de institucionalização

e de saúde da RCLP. Nos demais registros (30,88%), observou-se a administração de medicamentos, sem nenhum tipo de menção a doenças crônicas ou agudas.

Em relação ao consumo, foi diário para 98,52% dos idosos. A polifarmácia estava presente na vida de 75% dos idosos. Predominaram a via oral de administração e o horário matutino na oferta dos medicamentos, sendo que a maioria dos idosos ingeriu os medicamentos com água.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis das condições de saúde (Doenças/Quais?), polifarmácia, consumo diário de medicamentos, via de administração predominante, ingestão do medicamento com água e horário predominante. Vale do Parapanema, SP, Brasil, 2019

Variáveis de condições de saúde	Idosos moradores na RCLP	
	N=68	%=100
<b>Doenças/Quais?</b>		
Sim	47	69,12
(1) HAS	31	65,96
(2) DM	16	34,04
Sem informação	21	44,68
<b>Polifarmácia</b>		
Não	17	25
Sim	51	75
<b>Consumo diário de medicamentos</b>		
Não	01	1,47
Sim	67	98,53
<b>Via de administração de medicamentos predominante</b>		
Intramuscular	-	-
Subcutânea	-	-
Enteral	-	-
Oral	67	98,53
Retal	-	-
Sem Informação	-	-
Não se aplica	01	1,47
<b>Ingestão do medicamento com água</b>		
Sim	67	98,53
Não se aplica	01	1,47
<b>Horário predominante</b>		
Matutino	67	98,53
Vespertino	-	-
Noturno	-	-
Não se aplica	01	1,47

Fonte: dados da pesquisa.

(1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

(2) Diabetes Mellitus.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.



Quanto ao uso racional ou correto de medicamentos na RCLP, notou-se que 100% das prescrições foram realizadas por médicos; estavam atualizadas; a letra era legível; continham os dados de identificação do médico, o número do seu registro junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e sua assinatura por extenso; a data da prescrição; o nome completo do idoso; o nome comercial ou o princípio ativo do medicamento; a dose; a via; o horário de administração e a duração do tratamento.

Os médicos que prescreveram os medicamentos, durante a coleta de dados, pertenciam a diversos tipos de serviços de saúde, não possibilitando determinar o serviço do prescriptor, pois a equipe diretiva da RCLP propicia o uso de serviços públicos ou com eles conveniados; serviço particular (via desembolso direto); plano de saúde e convênios e serviços filantrópicos não conveniados com o SUS. Não foi possível também definir o local ou a forma de aquisição dos medicamentos, assim como não se verificou a observância aos procedimentos de notificação de eventos adversos e ao descarte dos medicamentos vencidos e/ou substituídos em locais indicados pela ANVISA, bem como a conservação das insulinas a temperatura entre dois e oito graus Celsius e a manutenção dos comprimidos e cápsulas dentro das embalagens originais.

Por fim, não se constatou, momentânea ou permanentemente, a presença de um protocolo operacional padrão, que sustentasse a avaliação contínua de todos os medicamentos administrados em relação à necessidade, segurança, compatibilidade, conservação, aos efeitos colaterais e aos prazos de validade.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao uso racional/correto de medicamentos na RCLP. Vale do Paranapanema, SP, Brasil, 2019

Variáveis de uso racional de medicamentos	Idosos moradores na RCLP	
	N=68	%=100
<b>Prescritor</b>		
Médico	67	98,53
Outro	-	-
Não se aplica	01	1,47
<b>Serviço de saúde do prescritor</b>		
Serviço público ou com ele conveniado	-	-
Serviço particular (via desembolso direto)	-	-
Plano de Saúde e convênios (via seguro saúde de qualquer espécie)	-	-
Serviço filantrópico (não conveniado com o SUS)	-	-
Não se aplica	01	1,47
Sem Informação	67	98,53
<b>Prescrição atualizada</b>		
Não	-	-
Sim	67	98,53
Não se aplica	01	1,47
<b>Aquisição de medicamentos</b>		
Programa Farmácia Popular	-	-
Farmácias básicas do município	-	-
Farmácias básicas do estado	-	-
Farmácias da rede privada	-	-
Programa Farmácia Popular + farmácias básicas do município e do estado	-	-
Doação + amostras grátis	-	-
Não se aplica	01	1,47
Sem Informação	67	98,53
<b>Notificação de eventos adversos</b>		
Não	67	98,53
Sim	-	-
Não se aplica	01	1,47
<b>Conservação das insulinas a temperatura entre dois e oito graus Celsius e a manutenção dos comprimidos e cápsulas dentro das embalagens originais</b>	...	...
<b>Descarte dos medicamentos vencidos e/ou substituídos em local apropriado</b>		
Não	67	98,53
Sim	-	-
Não se aplica	01	1,47

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

... Dado numérico não disponível.

Os cuidados básicos de saúde são realizados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; estudantes e professores de cursos técnicos da área da enfermagem e voluntários diversos, incluindo familiares dos moradores, religiosos e pessoas da comunidade que vivem ao redor da residência.

Quadro 1 – Responsáveis pelos cuidados básicos de saúde na RCLP

<b>Equipes</b>	<b>Responsáveis</b>
Equipe de enfermagem	Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem.
Estudantes de cursos técnicos da área de enfermagem	Professor supervisor de estágio e estudantes, em períodos pré-determinados.
Voluntários	Cidadãos do município de Assis-SP.

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo refletem a situação macropolítica, normativa e legal do Brasil em relação à prescrição de medicamentos e o URM, assim como a logística reversa em relação aos medicamentos vencidos, substituídos, deteriorados e não utilizados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Enfatiza-se que o conceito de logística reversa atrela-se ao de gestão de medicamentos e consiste em processo dinâmico que envolve tanto a distribuição do produto ao consumidor quanto ao reaproveitamento dos resíduos sólidos dentro do seu próprio ciclo ou em outro, bem como o descarte ambientalmente correto. Em outras palavras, a logística reversa se configura com uma ferramenta de desenvolvimento econômico e social que se caracteriza por um conjunto coordenado de ações, procedimentos e meios viabilizadores da coleta e da restituição sustentável dos resíduos sólidos junto aos setores da sociedade (BRASIL, 2010).

Diante de tal contexto, nota-se que a gestão brasileira de medicamentos é bem distinta de outros países como Suécia, Canadá, México, Alemanha e França. Nesses países, existem marcos políticos-legal e campanhas educativas acerca do URM como forma de sensibilização da população sobre as consequências dos resíduos de medicamentos para o meio ambiente e a saúde do ser humano. Além disso, países como Estados Unidos da América, possuem políticas públicas que incentivam e normatizam a avaliação do impacto ambiental do medicamento e a desprescrição (AMORIM; PASSOS; OLIVEIRA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Outro ponto relevante que precisa ser salientado refere-se ao cuidado à pessoa idosa

que vive em RCLP, pois pesquisadores afirmam que a privação da liberdade de cuidar de si mesmo associada à baixa condição socioeconômica e de escolaridade; a perda precoce do núcleo familiar; a fragilidade dos vínculos afetivos - que determinam muitas das situações de abandono e solidão na velhice - refletem de forma significativa na capacidade de cuidado, de autocuidado, de manejo das terapias e terapêuticas, assim como das reações adversas decorrentes do consumo de medicamentos. A institucionalização potencializa o número de problemas relacionados ao consumo de medicamentos; restringe o acesso aos serviços de saúde; a adesão à farmacoterapia e ao URM (MARIN *et al.*, 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Tem-se também mais uma consideração ou nó crítico relacionado ao conceito de condição crônica e doença crônica e o cuidado das condições crônicas. Esses conceitos não podem ser empregados como sinônimos. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas esse conceito de doença crônica engloba uma gama enorme de doenças e de alterações patológicas não reversíveis relacionadas às mudanças dos ciclos da vida, podendo exigir um longo período de cuidado e supervisão. Enquanto a condição crônica também abrange a resposta subjetiva do indivíduo e/ou sua rede de apoio frente à doença crônica (MENDES, 2018).

O cuidado nas condições crônicas de saúde fundamenta-se no *Chronic Care Model* (CCM), que foi criado nos Estados Unidos da América, no final da década de 1990 e tem como objetivo principal melhorar o sistema de atenção à saúde pública. Esse modelo é composto por seis elementos e subdividido em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade (MENDES, 2018).

Para o autor supracitado, em anos distintos, no campo do sistema de atenção à saúde, as alterações devem ser feitas seguindo o desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nas informações clínicas e no autocuidado apoiado. Nesse sistema, entende-se por autocuidado a ação de autogerenciar sua saúde e a atenção prestada à mesma. Já no campo da comunidade, as melhorias estão centradas na articulação dos recursos da comunidade com os serviços de saúde. Além desses critérios encontrados nas subdivisões, para obter resultados clínicos positivos e funcionais, precisam que as pessoas, usuárias do sistema de saúde, estejam ativas e informadas, enquanto os profissionais inseridos no sistema devem ser suficientemente proativos e preparados para oferecer um cuidado qualificado. Assim, o modelo CCM faz com que os usuários sejam bem atendidos, vivam mais saudavelmente e a um custo reduzido.

Ainda no contexto dos modelos de cuidado, tem-se o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), conhecido também como modelo da Kaiser Permanente (KP), desenvolvido no Reino Unido, em meados de 2005. Esse modelo pressupõe que as necessidades das pessoas com condições crônicas são definidas por quatro critérios: duração da condição crônica;

urgência de intervenção; escopo dos serviços requeridos e capacidade de autocuidado da pessoa. De acordo com esses critérios, é possível estratificar a pessoa em três grupos, sendo que o primeiro grupo denominado “autocuidado apoiado” seria formado por pessoas com condição leve de saúde, porém com forte capacidade de autocuidado e/ou com uma firme rede social de apoio. O segundo grupo, intitulado “Gestão da condição de saúde”, abrangeria pessoas com condições moderadas de saúde e, o terceiro grupo, chamado de “gestão de caso”, seria constituído por indivíduos com condições severas e instáveis, apresentando pequena capacidade de autocuidado (MENDES, 2018).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) surgiu no Brasil em meados de 2003, impulsionado por uma publicação da Organização Mundial da Saúde, para atender às peculiaridades do SUS e do acesso universal à saúde. A base desse modelo é o americano CCM expandido e somado a dois outros sistemas: o modelo da pirâmide de risco (MPR) e o da determinação social da saúde. O MACC abrange conceitos como:

[...] a integração do sistema à saúde; a estratificação da população de risco; ações de promoção e prevenção à saúde; a ênfase no autocuidado apoiado; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde da população; o fortalecimento da atenção primária à saúde e a completa integração entre a atenção primária e a atenção especializada (MENDES, 2018, p. 159).

Logo, a partir da compreensão dos modelos, percebe-se que o cuidado das condições crônicas na RCLP encontra-se distante de qualquer modelo, sendo praticado por uma gama de profissionais de saúde, estagiários de cursos técnicos da área e de leigos, dentro e fora da residência, nos diversos níveis de atenção à saúde, com foco na doença e na queixa-conduta. Os envolvidos no cuidado não trocam informações sobre o estado de saúde do idoso, seu grau de dependência, sua funcionalidade e capacidade de autocuidado e gestão de terapias e medicamentos.

O residencial não possui médico e nem farmacêutico no seu corpo técnico e existe uma alta rotatividade da equipe de enfermagem, de voluntários e de estagiários de cursos técnicos de enfermagem. No entanto, de alguma maneira via desembolso direto, serviço público ou com ele conveniado e filantropia, os idosos do residencial recebem atendimento médico e de enfermagem corroborando os dados da literatura sobre a prevalência de atendimento médico e de enfermagem em detrimento a outros tipos de atendimento por profissionais de saúde (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014; WANDERLEY *et al.*, 2020).

Quanto à prescrição medicamentosa, notou-se que todos os idosos que ingeriam medicamentos possuíam as prescrições médicas legíveis e atualizadas, considerando-se os prazos de validade das receitas médicas no Brasil. Salienta-se que o preenchimento correto da prescrição ou receita médica promove a confiabilidade e a rastreabilidade da prescrição pela VS e a dispensação segura de medicamentos, assim como minimiza erros e falhas no

tratamento e combate uma prática recorrente no cenário nacional: a ilegibilidade da receita médica (AMARAL *et al.*, 2019).

Na avaliação das receitas/prescrições, não foram considerados os indicadores de prescrição medicamentosa e a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000). A aplicação dos indicadores forneceria informações adicionais sobre um dos objetos deste estudo – o número de medicamentos por prescrição, bem como ampliaria a análise da relação entre os fármacos prescritos e as principais doenças que acometem os idosos. Além disso, poderia produzir inferências sobre as potencialidades e as fragilidades da aquisição de medicamentos junto ao Programa Farmácia Popular e as farmácias básicas do município e estado, caso as prescrições tivessem sido classificadas pelo nome genérico do medicamento e comparadas com a relação municipal e estadual de medicamentos essenciais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2022).

Os profissionais de saúde da residência e os responsáveis técnicos do setor administrativo desconheciam o conceito de evento adverso e do sistema de notificação. Compreende-se por evento adverso qualquer ocorrência de saúde desfavorável que possa ocorrer durante o tratamento farmacológico, porém sem relação causal direta com o tratamento. Já a farmacovigilância é a ciência responsável pela identificação, avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos ou quaisquer outros problemas relacionados a esses eventos. A notificação de eventos adversos é uma forma de monitorar a segurança farmacológica de medicamentos. É uma medida regulatória complementar à legislação sanitária, com propósito de cumprimento da legislação. As notificações são realizadas exclusivamente por meio de um formulário eletrônico “Notificação de Eventos Adversos em Ensaios Clínicos com Medicamentos ou Produtos Biológicos – Notivisa EC” (ANVISA, 2016).

Em relação ao descarte de medicamentos vencidos e/ou substituídos, os resultados obtidos assemelham-se aos de outras pesquisas realizadas em RCLP filantrópicas, que indicam práticas inadequadas, como, por exemplo, o descarte no lixo orgânico e na rede de esgoto (PANES *et al.*, 2017).

Variáveis relacionadas ao estoque e ao preparo de medicamentos não foram abordadas neste estudo. Essas variáveis permitem compreender a quantidade e a qualidade das sobras de medicamentos, a capacidade do local de descarte e o risco de automedicação assistida. Estudos indicam que a guarda de medicamentos para uso futuro, sobras de tratamentos anteriores e automedicação são os principais motivos de estoque de medicamentos em domicílio (CONSTANTINO *et al.*, 2020).

Focalizando-se a polifarmácia, 75% dos idosos estavam expostos. Um percentual próximo ao dado encontra-se em uma tese de doutorado que aborda a farmacoterapia prescrita a idosos residentes em RCLP na perspectiva da polifarmácia, do uso de medicamentos

inadequados a idosos e da ocorrência de reações adversas. Nota-se alta prevalência do uso de medicamentos inapropriados relacionada à presença de polifarmácia, de doença cerebrovascular, de dependência física e de distúrbios psiquiátricos e pequeno percentual de reações adversas - com a ressalva do viés da subnotificação (LIMA, 2013).

Na mesma linha de pesquisa, estudos sobre os fatores associados à presença de polifarmácia apontam prevalência de mulheres, na quarta idade, viúvas, hipertensas, com dependência funcional e tempo de institucionalização maior que 24 meses. Apontam também que idosos que vivem em RCLP apresentam baixa adesão ao tratamento farmacológico pela dificuldade de acesso oportuno ao prescritor; por crenças relacionadas à necessidade e à eficácia dos fármacos e por questionamentos de diversas ordens, que provocam um comportamento de recusa ao medicamento – mais prevalente em idosos do que em idosas (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013; GAUTÉRIO *et al.*, 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; PANDOLFI; PIAZZOLLA; LOUZADA, 2010; SANDRI *et al.*, 2016).

Restringindo-se o olhar à administração de medicamentos, salienta-se uma potencialidade e uma fragilidade. A potencialidade atrela-se à oferta de medicamentos com água. Mesmo que a oferta não seja amparada por todos os conhecimentos sobre as interações entre os medicamentos e alguns tipos de bebidas/alimentos, a prática precisa ser valorizada e reforçada como uma capacidade/competência da equipe de saúde (SANDRI *et al.*, 2016).

Já a fragilidade, relaciona-se à falta de padronização para a aquisição de medicamentos que pode impactar no acesso da equipe de saúde a formulações medicamentosas adequadas à prescrição médica, sendo necessário diluir comprimidos e medicações orais liofilizadas com água não purificada ou filtrada e com características físico-químicas muitas vezes desconhecidas. É sabido que a água utilizada para consumo humano via abastecimento público passa por uma etapa de armazenamento temporário, em caixas d'água domiciliares, que nem sempre recebem a limpeza e a desinfecção profissional periódica, podendo conter sedimentos, microrganismos, metais pesados entre outros elementos prejudiciais à saúde humana (PHILIPPI JUNIOR; MARTINS, 2018).

Nem toda a residência possui purificadores e filtros de água (que também precisam de manutenção preventiva e periódica) e nem todo cuidador ou profissional de saúde de nível técnico compreende a necessidade de diluir comprimidos ou restituir medicamentos em água filtrada.

Outra questão diz respeito à estabilidade do fármaco após diluição e a compatibilidade entre o pH e os minerais presentes na água utilizada como solvente e a formulação farmacêutica. Até o presente momento, não foram localizados estudos científicos brasileiros sobre a compatibilidade e a estabilidade de um fármaco, após a diluição, que relacione a composição físico-química da água potável disponível em cada região do país com o fármaco a ser diluído (SOUZA; COSTA, 2006).

Um último ponto refere-se ao desenvolvimento e ao acesso amplo e gratuito a produtos e a processos para o cuidado e/ou ensino na área da administração de medicamentos para pessoas idosas, especialmente para aquelas que vivem em RCLP, tais como: software, objetos virtuais de aprendizagem, cartilhas, protocolos, escalas, entre outros. O desenvolvimento desses produtos e processos, no Brasil, é estimulado e exigido, em cursos de pós-graduação *scripto sensu* (mestrados e doutorados profissionais); entretanto, a ampla divulgação científica e a implementação dos produtos na prática profissional, não (BRASIL, 2019).

Por conseguinte, mantém-se o hiato entre a produção científica e a prática profissional, com a conseqüente manutenção da imprecisão quanto à forma de cuidar e de ensinar em saúde diante dos problemas e dos desafios assistenciais e sociosanitários.

Nesse cenário, a despeito de críticas legítimas à objetivação dos processos de vida impregnada na caderneta de saúde da pessoa idosa, a valorização da caderneta como histórico volante do idoso pode potencializar o registro e o compartilhamento de informações interprofissionais, em um movimento de garantia do exercício do direito à informação e à comunicação pela pessoa idosa (BRASIL, 2017; PAULINO; SIQUEIRA; FIGUEIREDO, 2017).

Considerando-se as limitações metodológicas, que não permitem a generalização dos resultados e nem o aprofundamento das discussões e das respostas às questões de pesquisa, acredita-se que as evidências produzidas possam alicerçar novos estudos em populações maiores e em RCLP de outras naturezas jurídico-organizacionais, na perspectiva comparativa e intervencionista.

Apesar das fragilidades na gestão de medicamentos relativa, principalmente, ao processo de aquisição, de administração e de descarte dos medicamentos vencidos e/ou substituídos, existem potencialidades à promoção e à ampliação do URM na residência. Uma delas consiste na possibilidade de utilização dos recursos do território onde a RCLP se encontra, incluindo o suporte longitudinal dos profissionais de saúde da Atenção Básica, da assistência farmacêutica e das equipes que fazem o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde. Outra potencialidade seria a presença de enfermeiro e de equipe de enfermagem no quadro fixo de colaboradores. A enfermagem brasileira possui saberes e habilidades na área do preparo e da administração de medicamentos e uma produção científica robusta, na área do desenvolvimento de tecnologias em saúde, que podem ser ampliadas em prol do URM, na residência e nas RCLP do município.



## CONCLUSÃO

Salvaguarda todas as considerações sobre a gestão de medicamentos e de seus resíduos no Brasil, assim como o cuidado das condições crônicas de saúde aos idosos que vivem em RCLP de natureza filantrópica e a assistência social como direito da pessoa idosa, conclui-se que a maioria dos idosos ingere medicamentos, de várias classes, diariamente, por via oral, no período da manhã, acompanhado por água. A polifarmácia esteve presente na vida de 75% deles. Em todos os casos notou-se o desconhecimento da prescrição médica e da finalidade do tratamento medicamentoso pelos idosos. Os eventos adversos não foram notificados pelas equipes da residência, uma vez que não são identificados por elas.

Não foi possível compreender, por falta de sistematização e de controle documental, como os responsáveis técnicos do setor administrativo e da saúde adquiriam os medicamentos, bem como os custos envolvidos com a compra e com o desperdício - medicamentos vencidos e substituídos. Não foi possível também determinar se idosos da residência recebiam o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, na dose e no período adequado às suas condições de saúde.

Nem todos os idosos possuem um diagnóstico médico e, como são assistidos por multiprofissionais, em serviços de saúde diversos, os registros no prontuário do RCLP apresentam falhas de comunicação das informações inerentes aos cuidados de saúde prestados em outros estabelecimentos de saúde.

Os resultados apontam para vários e complexos problemas sociais, sociosanitários e legais, que requerem para o seu enfrentamento a participação de vários segmentos da sociedade e a formulação de novas metas e de diretrizes capazes de consolidar um modelo assistencial condizente com as necessidades de cuidado nas condições crônicas de saúde.

Conclui-se, portanto, que o objeto de análise deste estudo é amplo, de difícil abordagem pelo caráter domiciliar (de lar) de um cuidado - gerador de resíduos sólidos e farmacológicos em maior escala do que uma residência - que não pode ser realizado por leigos substitutos de familiares ou quase que exclusivamente por profissionais de nível técnico.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 186, p. 58-59, 27 set. 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual para notificações de eventos adversos e monitoramento de segurança em ensaios clínicos**. Brasília: ANVISA, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 101, p. 110-113, 31 maio 2021.

ALLDRED, D. *et al.* Intervenções para melhorar as prescrições de medicamentos para idosos que residem em asilos. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [Londres], 12 fev. 2016.

AMARAL, A. G. S. *et al.* Análise de prescrições irregulares em uma rede de farmácias do Recife. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, abr./jun. 2019.

AMORIM, W. W.; PASSOS, L. C; OLIVEIRA, M. G. Por que desprescrever em vez de não prescrever? **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 294-297, 2020.

ARRUDA, G. O; LIMA, S. C. S.; RENOVATO, R. D. The use of medications by elderly men with polypharmacy: representations and practices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1337-1344, Dec. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, n. 93, p. 61, 19 maio 1998.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, altera a Lei nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, n. 147, p. 3, 30 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 61 p.

BRASIL. Lei n. 13.732, de 08 de dezembro de 2018. Altera a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, para definir que a receita tem validade em todo o território nacional, independentemente da unidade federada em que tenha sido emitida. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, n. 216, p. 3, 09 nov. 2018.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e o doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, n. 56, p. 26, 22 mar. 2019.

CARVALHO; J. P.; BARROS; M. G.; FALQUETO, E. **Uso correto de medicamentos**: cartilha. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2013.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org.). **Os mapas do cuidado**: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

CONSTANTINO, V. M. *et al.* Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 585-594, fev. 2020.

GAUTERIO, D. P. *et al.* Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 6, p. 1394-1399, 2012.

LIMA, T. J. V. **Perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados**: uma análise dos problemas relacionados ao uso de medicamentos em Instituições de Longa Permanência de Idosos. 2013. 119 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2013.

MARIN, M. J. S. *et al.* Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-154, out. 2012.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018.

OLIVEIRA, D. A linguagem acadêmica e o estigma na longevidade. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 177-179, 2019.

OLIVEIRA, M. P. F. de; NOAVES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 1069-1078, 2013.

OLIVEIRA, N. R. de *et al.* Revisão dos dispositivos legais e normativos internacionais e nacionais sobre gestão de medicamentos e de seus resíduos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2939-2950, ago. 2019.

PANDOLFI, M. B.; PIAZZOLLA, L. P.; LOUZADA, L. L. Prevalência de polifarmácia em idosos residentes em instituição de longa permanência de Brasília, Distrito Federal. **Brasília Médica**, Brasília, v. 47, n. 1, abr. 2010.

PANES, V. C. B. *et al.* Análise do uso e do descarte de medicamentos em instituições de longa permanência de idosos. *In*: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (GERP), 10., 2017, São Paulo. **Resumos [...]**. 2017. São Paulo: Centro de Convenções Frei Caneca, 2017.

PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. H. F. de; FIGUEIREDO, G. O. Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 943-957, dez. 2017.

PHILIPPI JUNIOR, A.; MARTINS, G. Águas de abastecimento. *In*: PHILIPPI JUNIOR, A. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. 2. ed. Barueri: Manole, 2018. Cap. 5.

SANDRI, M. *et al.* Uso de medicamentos e suas potenciais interações com alimentos em idosos institucionalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, out./dez. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Comissão Farmacoterapêutica**. São Paulo: SMS, 13 maio 2022. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist\\_farmaceutica/index.php?p=5460](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/index.php?p=5460). Acesso em: 20 maio 2022.

SOUZA, S. P. S; COSTA, N. M. Medicções e diluições em neonatologia e pediatria. *In*: KALINOWSKI, C. E. **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2006. p. 111-154.

WANDERLEY, V. B. *et al.* Instituições de longa permanência para idosos: a realidade no Brasil. **Journal Health NPEPS**, Cuiabá, v. 5, n. 1, p. 321-337, jan./jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology Guideline for ATC classification and DDD assignment**. Oslo: WHO, 2000.