

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de farmácia
Programa de Pós- Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Rafaela De Carvalho Rodrigues

**USO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS E ADJUVANTES EM UM AMBULATÓRIO
DE GERIATRIA: prevalência e fatores associados**

Belo Horizonte
2023

Rafaela de Carvalho Rodrigues

**USO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS E ADJUVANTES EM UM
AMBULATÓRIO DE GERIATRIA: prevalência e fatores associados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Afonso Reis

Coorientadora: Profa. Dra. Mariana Martins
Gonzaga do Nascimento

Belo Horizonte

2023

R696u Rodrigues, Rafaela de Carvalho.
Uso de medicamentos analgésicos e adjuvantes em um ambulatório de geriatria [recurso eletrônico] : prevalência e fatores associados / Rafaela de Carvalho Rodrigues. – 2023.
1 recurso eletrônico (54 f. : il.) : pdf

Orientadora: Edna Afonso Reis.
Coorientadora: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Idosos – Teses. 2. Uso de medicamentos – Teses. 3. Analgésicos – Teses. 4. Serviços de saúde para idosos – Teses. 5. Assistência ambulatorial – Teses. 6. Estudos transversais – Teses. I. Reis, Edna Afonso. II. Nascimento, Mariana Martins Gonzaga do. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 615.14



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

USO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS E ADJUVANTES EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

RAFAELA DE CARVALHO RODRIGUES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 14 de dezembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Edna Afonso Reis - Orientadora (ICEX-UFMG)
Mariana Martins Gonzaga do Nascimento - Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Antônio Ignácio Loyola Filho (FIOCRUZ)
Caryne Margotto Bertollo (FAFAR-UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Servidor(a)**, em 14/12/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edna Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 14/12/2023, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Caryne Margotto Bertollo, Professora do Magistério Superior**, em 14/12/2023, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Ignacio de Loyola Filho, Professor do Magistério Superior**, em 14/12/2023, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

AGRADECIMENTOS

Escrever esses agradecimentos é tão grandioso quanto todo trabalho que eu tive para construir essa dissertação, pois seria quase impossível sem o apoio e a orientação valiosa de cada um de vocês. Nesse singelo texto, deixo uma parte do meu coração e minha profunda gratidão.

Entender o papel da minha família na minha trajetória é compreender uma parte de quem eu sou. Mãe e Pai, olhem aonde eu cheguei! Isso tudo é por vocês também. Eu sei do orgulho que estão sentindo, e isso já me basta. Minha irmã, você é meu alicerce. Obrigada por estar comigo em cada etapa desse mestrado. É incrível viver e saber que tenho seu apoio e amizade. Nesse espaço família, deixo aqui um pedaço para aquela que eu criei: Edmo, você foi essencial, necessário e importantíssimo! Um companheiro que poderia receber o grau de mestre também (se não fosse pelo pequeno detalhe de só saber escrever código). Obrigada, mil vezes obrigada.

Sou imensamente grata às minhas orientadoras. Pela paciência, dedicação e esforços, e por terem topado o desafio de me orientar de outro estado e depois de outro país. Edna, seus insights e conselhos construtivos foram fundamentais para moldar este trabalho. Mariana, você a todo tempo disposta a entender todas as nuances deste trabalho e a me ajudar no meu desenvolvimento dele e para além disso, na vida. OBRIGADA! Estive cercada por duas mulheres extremamente competentes, e eu espero um dia ser uma profissional e professora tão humana e presente quanto vocês.

Quero estender estes agradecimentos às minhas bancas, tanto de qualificação quanto da defesa. Loyola, eu que escuto sobre seu nome desde a graduação, nunca imaginei que poderia escutar de você o que achou da minha escrita. Saiba que guardei com carinho uma fala sua e estou engatinhando e virando minha chave para o “você precisa ser epidemiologista, também”. Adriano Max, você é uma referência que eu aprendi a admirar muito. Obrigada por cada observação feita na minha qualificação. Caryne, obrigada por aceitar a leitura da minha dissertação e participação na minha banca. Sei que suas sugestões e experiência irão enriquecer o meu trabalho.

Aos meus amigos, agradeço o apoio constante, paciência e encorajamento. Vocês foram âncora nos momentos mais difíceis. Em especial, Kirlinha e Joyce, que além de apoio, cederam a casa todas as inúmeras vezes que precisei ir para BH. E a Renata por absolutamente todas as trocas nesse percurso do mestrado. Sua amizade é uma preciosidade que eu agradeço por te ter por perto mais uma vez.

Agradeço também, todos os pesquisadores do grupo MEDFAR-Real, por toda esfera colaborativa ao longo dessa jornada.

À Capes, pelo apoio financeiro.

Este trabalho é fruto de esforços coletivos e eu sou verdadeiramente grata por estar cercada de uma comunidade tão boa.

Que venham os próximos sonhos!

RESUMO

A prevalência de dor crônica aumenta de forma constante até os 70 anos de idade. Nesse contexto, o uso de medicamentos analgésicos e adjuvantes torna-se indispensável para melhoria da capacidade funcional nessa população. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi descrever a quantidade, o perfil, avaliar a prevalência e investigar os fatores associados ao uso de analgésicos e adjuvantes para dor entre idosos admitidos em um ambulatório da saúde suplementar em Belo Horizonte (MG). Para tal, foi realizado um estudo transversal, no qual a população estudada foi constituída por todos os pacientes idosos (60 anos ou mais) com diagnóstico de doenças crônicas que recorrem com dor admitidos no ambulatório entre maio de 2019 e janeiro de 2022, e que apresentaram dados completos para todas as variáveis estudadas (n =1.101). Foi descrita a quantidade de medicamentos, perfil dos medicamentos e prevalência de utilização de analgésicos e adjuvantes em pacientes idosos e avaliada sua associação com variáveis do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) por meio de regressão logística. A prevalência de uso de analgésicos e adjuvantes foi de 59,9%, sendo os analgésicos a pregabalina foi o mais utilizado (15%, seguido de dipirona (7,3%) e paracetamol (3,7%). Entre os adjuvantes duloxetina (18,4%), venlafaxina (11,8%) e escitalopram (10,3%). No modelo multivariado, o uso de pelo menos um analgésico/adjuvante mostrou-se associado positivamente a variáveis relacionadas ao sexo feminino, pior autopercepção de saúde, incapacidade para realização de atividades de vida diária instrumental e à redução da mobilidade. Este estudo traz dados importantes sobre como os idosos são tratados, destacando o impacto do tratamento na incapacidade funcional de idosos.

Palavras-Chave: idoso; uso de medicamentos; analgésicos; serviços de saúde para idosos; assistência ambulatorial; estudos transversais.

ABSTRACT

The prevalence of chronic pain increases steadily until the age of 70. In this context, the use of analgesic and adjuvant medications becomes essential to improve functional capacity in this population. In this sense, the objective of this work was to describe the quantity, the profile, evaluate the prevalence and investigate the factors associated with the use of analgesics and adjuvants for pain among elderly people admitted to a supplementary health outpatient clinic in Belo Horizonte (MG). To this end, a cross-sectional study was carried out, in which the studied population consisted of all elderly patients (60 years or older) diagnosed with chronic diseases that recur with pain admitted to the outpatient clinic between May 2019 and January 2022, and who presented complete data for all variables studied (n =1,101). The number of medications, medication profile and prevalence of use of analgesics and adjuvants in elderly patients were described and their association with variables from the Functional Clinical Vulnerability Index (IVCF-20) was assessed using logistic regression. The prevalence of use of analgesics and adjuvants was 59.9%, with pregabalin being the most used analgesics (15%, followed by dipyrone (7.3%) and paracetamol (3.7%). Among the adjuvants duloxetine (18.4%), venlafaxine (11.8%) and escitalopram (10.3%). In the multivariate model, the use of at least one analgesic/adjuvant was positively associated with variables related to the female sex, worse self-perception health, inability to carry out instrumental activities of daily living and reduced mobility. This study provides important data on how elderly people are treated, highlighting the impact of treatment on the functional incapacity of elderly people.

Keywords: elderly people; use of medications; analgesics; health services for the elderly people; outpatient care; cross-sectional studies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO GERAL	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 O Envelhecimento Populacional	12
3.2 Funcionalidade e Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa	13
3.3 Dor: o Quinto Sinal Vital	14
3.4 Dor e Envelhecimento	17
3.5 Controle e Tratamento da Dor: Tratamento não- farmacológico, medicamentos analgésicos e adjuvantes	18
3.6 Envelhecimento e Perfil de Utilização de medicamentos	20
4 MÉTODOS	24
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO	46
APÊNDICE	51

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais e/ou potenciais de tecidos e órgãos (Raja *et al.*, 2020). Cerca de 30% da população em geral convive com dor (Elzahafa *et al.*, 2012), mas observa-se o aumento de sua ocorrência com o envelhecimento, sendo estimada sua prevalência entre 25% e 50% em idosos que vivem na comunidade (ANZGM, 2016; Fayaz *et al.*, 2016; Moraes *et al.*, 2019).

O aumento da dor em idosos correlaciona-se com o acúmulo de doenças crônicas ao longo da vida, além de fatores que contribuem para a experiência dolorosa, como a negligência física ou social, eventos traumáticos, problemas sociais, pessoais, familiares ou econômicos que podem impactar a resposta ao tratamento (Moraes *et al.*, 2019; OMS, 2020; Stubbs *et al.*, 2014). Ademais, idosos geralmente têm dificuldade de expressar a dor para profissionais de saúde, sobretudo quando há a presença de demência ou déficit cognitivo (Hadjistavropoulos *et al.*, 2014; Schofield, 2018). Entretanto, a presença da dor não faz parte do processo natural de envelhecimento, e é necessário que profissionais desenvolvam competências adequadas para avaliar e gerenciar a dor em uma população em envelhecimento (ANZGM, 2016; Schofield, 2018).

O alívio da dor é indispensável para melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida, a saúde mental e até mesmo a cognição de idosos, e a abordagem farmacológica, que inclui o uso de analgésicos e adjuvantes, tem grande importância para tal (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Moraes *et al.*, 2019; Schofield, 2018). Entretanto, a população geriátrica apresenta mudanças fisiológicas que alteram a farmacocinética e farmacodinâmica de muitos medicamentos, tornando a escolha e o uso medicamentos para o manejo da dor um grande desafio para as equipes de saúde (Oliveira & Corradi, 2018). Alguns medicamentos utilizados para o tratamento da dor também podem apresentar complexo perfil de segurança, devendo seu risco e benefício ser avaliado de forma individualizada de acordo com o perfil clínico do idoso, o que suscita o receio de sua prescrição (ANZGM, 2016; BEERS 2023; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018).

Mediante tais desafios, é comum que a dor seja pouco identificada e tratada de forma insuficiente na população geriátrica, o que já foi identificado em diferentes contextos, como instituições de longa permanência, hospitais e na comunidade (ANZGM, 2016; Corsi *et al.*, 2018; HERR, 2010; Nguyen *et al.*, 2020; Koponen *et al.*, 2013; Won *et al.*, 2004). Alguns estudos que traçam o perfil de utilização de medicamentos entre idosos descrevem a prevalência

de uso de analgésicos (Da Silva *et al.*,2019; Nguyen *et al.*,2020; Pokela *et al.*,2010). Outros apenas descrevem a intensidade de dor identificada entre eles (Dellaroza *et al.*, 2013; Fayaz *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2020), porém, ainda há poucas pesquisas que discutem as características da terapêutica analgésica empregada entre idosos com dor (Corsi *et al.*, 2018; Koponen *et al.*, 2013; Nguyen *et al.*,2020). Portanto, ao conhecimento dos autores, esse é o primeiro estudo com recorte de uso de analgésicos e adjuvantes entre idosos previamente diagnosticados com doença que cursa com dor, bem como o primeiro que descreve o uso dessas classes de medicamentos entre idosos admitidos em um ambulatório de geriatria, configurando um importante dado farmacoepidemiológico. É nesta perspectiva que o presente trabalho se insere.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a quantidade, perfil, prevalência e os fatores associados do uso de analgésicos e adjuvantes entre pessoas idosas acompanhados em um ambulatório de geriatria da saúde suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Envelhecimento Populacional

O rápido envelhecimento populacional mundial e o aumento da longevidade podem se configurar como uma das maiores conquistas da humanidade. Esses eventos demográficos são consequentes à redução das taxas de fecundidade e de mortalidade e têm sido impulsionados pelo desenvolvimento sanitário, econômico e social. Todavia, é certo que essas conquistas não eliminaram as discrepâncias biopsicossociais que influenciam na qualidade de vida da população idosa (OMS, 2020).

O crescimento da população idosa se deu primeiramente nas regiões mais desenvolvidas do mundo, fazendo com que nove entre os 10 países com a maior proporção populacional de idosos estejam na Europa. No mundo, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 143 milhões, sendo que a maioria vive em regiões mais desenvolvidas (WHO, 2019). Nos países em desenvolvimento, a transição demográfica se dá de forma rápida. A parcela da população com 65 anos ou mais quase duplicou no Leste e Sudeste da Ásia, aumentando de 6% em 1990 para 11%, e na América Latina e no Caribe, de 5% em 1990 para 9%. A expectativa é que a proporção duplique no Norte da África e Ásia, América Latina e Caribe até 2050. (WHO, 2019). As projeções para o Brasil é que para o ano de 2060 essa população deve abranger 58,4 milhões de pessoas (OMS, 2005).

Espera-se que a expectativa de vida aumente em todos os continentes. Mesmo com sobrevida de pessoas do sexo masculino melhorando, é provável que as mulheres continuem a sobreviver mais. Atualmente, as mulheres idosas superam os homens em toda a faixa etária, inclusive aqueles com 80 anos ou mais (WHO, 2019). Na Suécia, por exemplo, a expectativa de vida média da população é de 80,3 anos para os homens e 84,0 anos para as mulheres, com projeções de aumento progressivo (TLV, 2017). Em 2019, havia 81 homens para cada 100 mulheres com 65 anos ou mais, mas apenas 63 homens para cada 100 mulheres com 80 anos ou mais. A previsão é que até 2050, que haverá 85 homens por 100 mulheres com 65 anos ou mais, e 71 homens por 100 mulheres com 80 anos ou mais (WHO, 2019). Nesse contexto, promover a longevidade de maneira ativa e saudável, garante o fortalecimento da capacidade funcional e contribui para uma vida mais plena e independente.

3.2 Funcionalidade e Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa

Nas últimas décadas a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentou. Doenças como diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral e osteoartrite são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo. Podem acarretar a perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura, afetam os serviços de saúde e causa implicações diretas em seus gastos (Brasil,2021; Cross *et al.*, 2014; Van Den Beuken-Van Hoek *et al.*, 2016).

Das 354 doenças estudadas pelos *Global Burden of Disease* (GBD), a osteoartrite, foi classificada como a 30º maior contribuinte aos anos vividos com incapacidade (GBD,2018). Nos Estados Unidos, estima-se gastos na faixa dos 560 bilhões de dólares estejam relacionados aos custos médicos para tratamento de doenças crônicas que cursam com dor (Institute Of Medicine (Us) Committee On Advancing Pain Research, Care, And Education, 2011). No Brasil, um estudo realizado com idosos acompanhados em um ambulatório da atenção secundária demonstrou que a presença de doenças crônicas está relacionada a uma pior autopercepção da saúde, à restrição de atividades e a um maior número de consultas médicas e internações (Ribeiro *et al.*,2018).

Nesse contexto, a promoção e preservação da capacidade funcional (CP) da pessoa idosa durante o processo de envelhecimento é um objetivo governamental ao redor do mundo (OMS, 2005; OMS, 2020). A CP refere-se à aptidão do idoso em realizar tarefas que lhe permitam cuidar de si e ter uma vida independente em seu ambiente, garantindo autonomia e independência, por meio da realização de atividades de vida diária básicas (AVDB), ligadas ao autocuidado e sobrevivência e de atividades de vida diária instrumentais (AVDI), ligada a atividades em sociedade (Falci *et al.*, 2019; Moraes *et al.*, 2019).

Para alcançar tal objetivo, ao final dos anos 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) levantou a importância do “Envelhecimento Ativo”, conceituando-o como um processo contínuo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança (OMS, 2005). Em consonância, o plano para uma década de envelhecimento saudável (2020-2030), desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) junto com a OMS, consiste na busca de colaboração combinada entre governos e sociedade civil com foco no envelhecimento e na pessoa idosa (OMS, 2020). Já no Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz a

necessidade de recuperar, manter e promover a autonomia independência destes indivíduos idosos (Brasil, 2006).

Entretanto, alcançar tais objetivos não é uma tarefa fácil. Diante dessa complexidade, destaca-se que a presença de condições crônicas que causam dor, e não representa somente uma experiência física debilitante, mas tem impacto direto na funcionalidade (Kosek *et al.*, 2016).

3.3 Dor: o Quinto Sinal Vital

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais e/ou potenciais de tecidos e órgãos. Estímulos dolorosos, por exemplo, podem causar o seu processamento. No entanto, não é incomum que o relato de dor ocorra na ausência de uma lesão tecidual ou qualquer outra causa fisiopatológica (Raja *et al.*, 2020). Em geral, isso acontece devido ao seu caráter multidimensional que engloba vários domínios, incluindo o sensorial, cognitivo, afetivo, comportamental e sociocultural (MORAES *et al.*, 2019; Raja *et al.*, 2020).

A dor pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e/ou nociplásica, e a distinção entre esses tipos influencia o tratamento (Raja *et al.*, 2020). A nociceptiva resulta de lesões de tecidos musculosqueléticos ou estruturas viscerais, e tem como principais causas no mundo a osteoartrite, lombalgia, artrite reumatoide, cólica nefrética ou intestinal (Moraes *et al.*, 2019; Kosek *et al.*, 2016). Segundo o GBD, as condições que causaram o maior número de anos perdidos por incapacidade, foram as dores nociceptivas derivadas da lombalgia e distúrbios musculoesqueléticos (GBD, 2018).

A neuropática decorre da lesão ou mal funcionamento do sistema nervoso central ou periférico, não tem localização definida e pode estar ligada a alterações na sensibilidade. Esse tipo de dor pode ocorrer na ausência de estímulo ativo, ou como uma resposta exagerada a um estímulo nociceptivo menor ou moderado (Colloca *et al.*, 2017). Múltiplas causas neuropáticas foram descritas e sua incidência provavelmente aumentará devido ao envelhecimento da população, aumento da incidência de diabetes mellitus e melhora da sobrevivência ao câncer após quimioterapia, por exemplo (Colloca *et al.*, 2017).

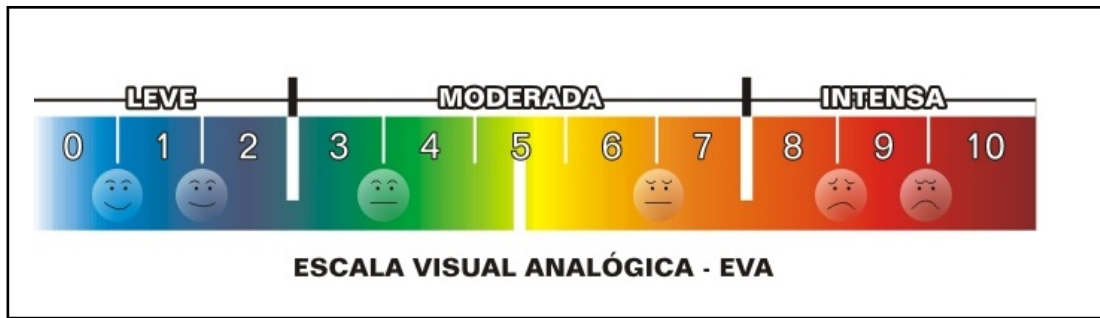
A nociplástica foi conceituada pela *International Association to Study of Pain* (IASP) como aquela que surge de uma nocicepção alterada, apesar de não haver evidência de lesão tecidual real, de lesão no sistema somatossensitivo, ou de doença provocando a ativação de nociceptores periféricos que cause a dor (Raja *et al.*, 2020). É considerada comum e desempenha um papel nas condições de dor crônica como fibromialgia, dor lombar, e dor de cabeça (Kosek *et al.*, 2016).

Uma revisão sistemática de 35 estudos realizados no Brasil e que investigaram a prevalência da dor, evidenciou que prevalência média de dor no país na população em geral foi de 45,6%. Em relação às classificações de mecanismos da IASP, a prevalência da dor nociceptiva foi 36,70%, a neuropática 14,5% e a nociplástica 12,5%. No tocante a região, a dor lombar foi a mais prevalente (41,9%), seguido por membros inferiores, cabeça, articulações e membros superiores (Aguiar *et al.*, 2021). Uma pesquisa realizada com 361 idosos do município de São Paulo, apontou que 14,1% viviam com dor crônica generalizada, 52,6% com dor regional e 5,5% com fibromialgia (Santos *et al.*, 2010). Nesse contexto, uma avaliação individualizada e holística da dor no idoso aumenta as possibilidades de identificação e melhorias na qualidade de vida.

A caracterização da dor envolve a determinação da sua localização e extensão; tempo de início, duração e frequência; da gravidade ou intensidade; das suas características; dos fatores desencadeantes, atenuantes ou agravantes; e dos sintomas associados. Se a dor exprime tristeza, depressão, raiva, ansiedade, isolamento social e mudanças na maneira de apreciar a vida, por exemplo, também é importante definir a relação temporal entre a dor e essas alterações (CDC, 2016; Moraes *et al.*, 2019; SBGG, 2018).

Quanto à intensidade da dor, a autoavaliação é o indicador mais confiável para sua determinação. A Escala Visual Analógica (EVA) é considerada a mais sensível, simples e acessível para tal. Consiste em uma medida unidimensional através de uma linha de 10 centímetros cujas extremidades são adotadas para representar os limites da experiência da dor: se o paciente não tiver o dor, a classificação é zero; se a dor é leve, a classificação é de um a dois; se moderada, o nível de referência é de três a sete; e, se a dor é intensa, de oito a dez (Figura 1). A EVA pode ser usada no início e final de cada atendimento do paciente e o registro é útil para analisar se o tratamento está sendo efetivo e com os melhores resultados. (Melzack & Torgerson *et al.*, 1971; Moraes *et al.*, 2019).

Figura 1 - Escala visual analógica (EVA) para avaliação da intensidade da dor.



A caracterização da temporalidade da dor também é essencial, sendo esta caracterizada como dor aguda ou crônica. Quando uma condição dolorosa aguda persiste além do curso de tempo geralmente esperado de 6 a 12 semanas, ela passa a ser chamada de dor crônica. Na dor aguda, há indícios de ocorrência de lesão específica no corpo, ferimento ou queimadura, por exemplo. Enquanto a dor aguda desaparece quando o corpo se recupera, a dor crônica pode perdurar por anos (CDC 2016; Dellarozza *et al.*, 2013; Raja *et al.*, 2020).

Os vários fatores relacionados à caracterização da dor podem também ser combinados no acrônimo “PQRST” (**Quadro 1**), facilitando o processo de diagnóstico (Bates *et al.*, 2002).

Quadro 1 - Acrônimo PQRST para caracterização da dor.

P	O que P rovocou a dor? O que P iora a dor?
Q	Qual a Q ualidade da dor? (descrição – pontada, contínua, ao respirar)
R	A dor tem aspectos de R adiação? Onde a dor está localizada?
S	“Severity” (gravidade) Como a dor se compara a outras dores que você já apresentou? Classificar numa escala de 1 a 10.
T	Por quanto T empo está sentindo a dor?

	A intensidade da dor muda com o Tempo?
--	--

O reconhecimento da dor como o quinto sinal vital nos estabelecimentos de saúde, juntamente com pressão arterial, temperatura, glicemia, saturação de oxigênio, tem o objetivo de elevar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre o correto diagnóstico e controle. A avaliação e o registro constantes garantem intervenções e reavaliações até o controle (SBGG, 2018).

3.4 A Dor e o envelhecimento

Além das causas de dor por doenças crônicas, como osteoartrite, fibromialgia, dor lombar, e doenças digestivas crônicas, a dor entre os idosos podem ser justificados por intervenções, cirurgias, hospitalizações e lesões. (Esses *et al.*, 2020; Stubbs *et al.*, 2014; Vandenkerkhof *et al.*, 2012). No entanto, outros fatores contribuem para a experiência dolorosa como a negligência física ou social, problemas sociais, pessoais, familiares e econômicos, que também podem impactar a resposta ao tratamento (Moraes *et al.*, 2019; OMS, 2020).

Dados provenientes do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), realizado com idosos em São Paulo, evidenciou que 29,7% dos participantes conviviam com dor crônica. Entre esses, 72,8% apresentaram alguma forma alteração na mobilidade, e 66,3% dos idosos independentes apresentaram alguma dependência nas AVDB (Dellaroza *et al.*, 2013). No Reino Unido, uma metanálise de estudos populacionais evidenciou prevalência de dor variando entre 35% a 51,3% na população, e ao observar a análise por faixa etária houve uma tendência crescente desse índice com o avanço da idade, passando de 14,3% na faixa dos 18-25 anos para 62% em indivíduos com mais de 75 anos (Fayaz *et al.*, 2016).

A dor crônica pós-cirúrgica (DCPC) tem efeitos negativos na qualidade de vida e representa um impacto significativo econômico para os serviços de saúde em geral. A dor no local cirúrgico acomete um em cada cinco pacientes que submetem a cirurgias. A parede torácica (35%), mama (31%) e as articulações (20%), são os locais mais afetados por DCPC (Vandenkerkhof *et al.*, 2012). Dentre idosos, nos EUA a DCPC ocorre em 10% a 60% pacientes submetidos a procedimentos (Esses *et al.*, 2020).

No tocante a fatores relacionado a apoio familiar e social, um estudo qualitativo realizado com pacientes da Irlanda, cujo objetivo foi descrever as percepções e experiências com uso de analgésicos por idosos com e sem dor crônica, demonstrou que pacientes que tinham apoio familiar desenvolviam uma compreensão ou percepção melhor da sua condição de saúde. Os membros da família estavam preocupados com a dor vivenciada pelos participantes, e esses obtinham melhores resultados em seu tratamento (Kennedy *et al.*, 2017).

Para pacientes com comprometimento cognitivo avançado ou com diagnóstico de demência, a fragilidade e a perda de reserva fisiológica podem diminuir a capacidade de lidar com a dor. Uma coorte longitudinal realizada nos EUA observou que 63,5% dos idosos com demência não eram tratados e destes, 30,3% relataram raramente ou nunca utilizaram analgésicos. (Hunt *et al.*, 2015).

3.5 Controle e Tratamento da Dor: Tratamento não-farmacológico, medicamentos analgésicos e adjuvantes:

O controle da dor é considerado pela OMS um direito humano, e deve seguir seis princípios (Anekar *et al.*, 2023; OMS, 1996):

- 1) Pela boca: a via oral é escolhida para o tratamento sempre que possível;
- 2) Pelo relógio: para dor moderada a intensa, medicamento deve ser administrado em intervalos fixos de tempo;
- 3) Para o indivíduo: a analgesia varia com necessidades individuais;
- 4) Uso de adjuvantes: usar adjuvantes para potencializar a analgesia, para controlar os efeitos adversos e sintomas associados;
- 5) Atenção aos detalhes: informar adequadamente aos pacientes e cuidadores sobre os medicamentos prescritos;
- 6) Pela escada: a escada analgésica foi desenvolvida para guiar o uso sequencial de medicamentos para controle da dor.

Segundo a escada analgésica, o controle da dor entre indivíduos com dor leve a moderada, ou primeiro degrau da escada, deve se dar mediante uso de medicamento não opióide, com adição de medicamento adjuvante, conforme a necessidade. Se o fármaco não opioide, administrado na posologia recomendada, não alivia a dor, passa-se para o segundo

degrau, sendo necessário o uso de um opioide fraco (ex.: codeína). Se a combinação de opioide fraco com o não-opioide também não for efetiva no controle da dor, substitui-se o opioide fraco por um forte (ex.: morfina) (Anekar *et al.*, 2023; OMS,1986).

As terapias não farmacológicas também configuram importantes formas de controlar a dor e geralmente apresentam baixa potencialidade para danos. Podem ser intervenções físicas, que incluem fisioterapia, acupuntura e massagem; ou psicossociais, como terapia cognitivo-comportamental, meditação e educação em saúde. Uma revisão de literatura realizada com 28 estudos que avaliou a terapia cognitivo-comportamental isoladamente ou em combinação com outras terapias para idosos com dor crônica (média de idade de 72 anos) e observou redução na dor de forma estatisticamente significativa, com benefícios maiores da terapia em grupo do que com a terapia individual (Park & Hughes, 2012).

O tratamento farmacológico geralmente demanda o uso de analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e medicamentos opioides, além de terapias adjuvantes, como medicamentos antiepilépticos (ex.:pregabalina, gabapentina); antidepressivos tricíclicos (ADTs) e inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (SNRIs). Podem ser necessários outros medicamentos para controle de sinais e sintomas que podem potencializar o processo algico, como náusea, vômitos, constipação ou diarreia. É importante iniciar a terapêutica farmacológica da dor com a menor dose efetiva e aumentar a dose observando o perfil de segurança individual, sem deixar de garantir o devido controle algico durante o processo de ajuste de dose (ANZGM,2016; ISMP, 2014; Moraes *et al.*, 2019).

Especificamente para a dor nociceptiva, a primeira escolha deve ser analgésicos simples, como a dipirona ou paracetamol. O paracetamol tem ação antipirética e analgésica. Porém deve-se ter cautela com o risco de superdosagem não intencional relacionada a hepatotoxicidade, principalmente nos idosos mais frágeis (Marcum *et al.*, 2016). A ação da dipirona, embora similar à dos AINE, é menos intensa, não havendo evidências dos efeitos negativos associados ao uso de anti-inflamatórios (Souza *et al.*, 2018). Não existem dúvidas quanto ao efeito analgésico da dipirona, no entanto, em alguns países a comercialização é proibido por potencial risco de causar anemia aplástica e agranulocitose (Souza *et al.*, 2018). Esse risco está relacionado a polimorfismo genéticos, com extrema sensibilidade entre populações. A prevalência de agranulocitose é de um caso para cerca de um milhão de usuários, não se enquadrando como um problema de saúde pública, principalmente quando comparada com sua potência analgésica (INCA, 2001; Souza *et al.*, 2018).

O principal efeito do uso de AINE é inibir a ciclooxigenase e podem ser úteis para dores crônicas que persistem devido a mecanismos inflamatórios subjacentes, por exemplo, artrite. Entretanto, devem ser utilizados somente por curto período entre idosos, tendo em vista os riscos relacionados à sua utilização nessa população (BEERS,2023; Marcum *et al.*, 2016).Sangramento gastrointestinal e úlcera péptica ocorrem em aproximadamente 1% a 4% dos pacientes tratados com AINE. Pacientes com doença renal, algum tipo de gastropatia ou doença cardiovascular estão sujeitos a maiores eventos adversos (BEERS,2023; Marcum *et al.*, 2016).

Para dor neuropática o uso de adjuvantes também é considerado o tratamento de primeira linha (Marcum *et al.*, 2016). A combinação de pregabalina ou gabapentina com ADTs em doses mais baixas resultou em efeitos benéficos em comparação à monoterapia na dor neuropática periférica (Colloca *et al.*, 2017; Marcum *et al.*, 2016). Quando há falha terapêutica, é recomendado o uso de opioide. Dividem-se em agonistas puros (codeína, hidrocodona, morfina, fentanil, oxicodona, metadona); agonista-antagonista (buprenorfina, nalbufina); e fármacos com mecanismo misto (tramadol e tapentadol) (CDC, 2016; Raja *et al.*, 2020). O uso de opioides possui um balanço risco-benefício adequado sobretudo entre em pacientes refratários a tratamentos iniciais e/ou quando a dor afeta a qualidade de vida. Entretanto, trata-se de uma classe caracterizada por marcada variabilidade de resposta terapêutica entre os indivíduos. (Ping *et al.*, 2017).

3.6 Envelhecimento e o perfil de utilização de analgésicos

O aumento da dor em idosos está correlacionado com o acúmulo de doenças crônicas, fazendo-se necessário o estabelecimento de metas terapêuticas realistas para essa população. A redução de 30% a 50% da gravidade da dor pode ser um indicador de sucesso de tratamento (Farrar *et al.*, 2000). Nesse contexto, os profissionais da saúde devem desenvolver habilidades e atitudes adequadas para avaliar e gerenciar a dor em uma população em envelhecimento (ANZGM, 2016).

Quando a dor se torna crônica, deve ser encarada como um problema de saúde que por si só que demandará um plano de cuidados abrangente e multidisciplinar. Pacientes idosos correm maior risco de eventos negativos associados ao uso de medicamentos devido a

alterações fisiológicas (que alteram a farmacocinética e a farmacodinâmica), comorbidades múltiplas, automedicação e polifarmácia. As policomorbidades podem justificar o uso de mais medicamentos, mas nem sempre a prescrição concilia quantidade e qualidade no consumo de medicamentos. (CDC, 2016; CHOU *et al.*, 2015; Oliveira & Corradi, 2018).

Para além disso, a maioria dos estudos sobre dose terapêutica efetiva e toxicidade medicamentosa é desenvolvida junto a populações adultas jovens, tornando problemática a generalização de seus resultados para os idosos. Isso aumenta os desafios da prescrição e limitam a gama de opções farmacoterapêuticas disponíveis ao prescritor. No entanto, algumas sociedades médicas sugerem a remoção de barreiras às opções farmacológicas que têm parâmetros de efetividade e seguranças comprovadas no manejo da dor, aplicando o conceito de que todos os medicamentos devem ser considerados cuidadosamente e balanceados com em relação aos riscos e benefícios para cada indivíduo. Isso porque o subtratamento pode estar ligado aos prescritores quando estão excessivamente preocupados com efeitos adversos ou dependência, por exemplo (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018).

Porém, fatores relacionados aos pacientes e cuidadores também podem estar presentes no subtratamento da dor. Muitos pacientes e suas famílias acreditam que a dor é uma parte do envelhecimento, e como tal, pessoas idosas não podem ser encaminhadas e nem devem procurar serviços de saúde específicos para dor. As barreiras relacionadas à falta de reconhecimento e avaliação inadequada surgem da necessidade de uma abordagem ampla e multifacetada que envolve avaliação de aspectos médicos, funcionais, sociais, atitudinais, cognitivos e relacionados ao humor. Identificar manifestações da dor, como expressões faciais, vocalizações negativas, alterações na postura ou linguagem e modificações nos sinais vitais são uma parte importante da avaliação da dor em todos os idosos, mas particularmente naqueles com demência e aqueles incapazes de se comunicar. A dor não aliviada pode causar comprometimento cognitivo ou delírio em alguns contextos clínicos (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018).

Nesse contexto, as tendências de prescrição de medicamentos analgésicos e adjuvantes demonstrado em estudos sugerem que, em geral, os idosos são subtratados para o manejo da dor. Participantes do estudo “*REGistro POLiterapie Società Italiana Medicina Interna (REPOSI)*”, que teve como objetivo avaliar a prevalência de múltiplas doenças e tratamentos farmacológicos de idosos hospitalizados em enfermarias de clínica médica, evidenciou uma prevalência de dor de 23,2% na população estudada (Corsi *et al.*, 2018). No tocante ao tratamento, 73,4% dos pacientes com dor crônica não receberam tratamento no momento da

admissão nas unidades, e 50% dos pacientes continuaram sem prescrição de analgésicos/adjuvantes no momento da alta hospitalar. Também foi identificado que, na alta hospitalar, a prescrição de AINE aumentou e de paracetamol diminuiu, apesar de bem estabelecido seu uso seguro entre idosos (Corsi *et al.*, 2018).

Uma coorte alemã de base populacional com 2.038 idosos residentes na comunidade, que avaliou o uso das classes terapêuticas mais utilizadas entre eles, identificou que 22,9% utilizavam pelo menos uma analgésico (Nguyen *et al.*, 2020). O uso de AINE foi o tratamento analgésico mais frequente (56,5%), seguido de dipirona (16,1%), opioides fortes (12,7%) e opioides fracos (12,0%). No estudo, também foi evidenciado que um em cada quatro participantes da coorte sofria com dor de alta intensidade ou incapacitante, e que cerca de metade (50,5%) dos idosos sob tratamento analgésico apresentava essa intensidade de dor. Maior idade, maior intensidade da dor, maior duração da dor, dor abdominal e dor nas costas foram associadas positivamente de forma estatisticamente significativa ao uso de opioides. Já o uso de dipirona foi estatisticamente associado à maior intensidade da dor (Nguyen *et al.*, 2020).

O uso de analgésico também se mostra associado à fragilidade (Koponen *et al.*, 2013). Essa é definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional. (OMS, 2003). Um estudo realizado com uma amostra de 1.000 pessoas com 75 anos ou mais residentes na Finlândia, que explorou os tipos de analgésicos utilizados e associação com fragilidade, demonstrou aumento do uso de analgésicos com aumento do nível de fragilidade. Participantes robustos, pré-frágeis e frágeis utilizaram, respectivamente, 2,5%, 13,0% e 14,5% de analgésicos. No entanto, 44,3% dos idosos robustos avaliaram sua dor como moderada a grave. O analgésico mais frequentemente utilizado entre idosos frágeis (78,7%) e pré-frágeis (63,2%) foi o paracetamol; entre idosos robustos, AINE foram os mais utilizados (60,4%) (Koponen *et al.*, 2013).

Dados provenientes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) demonstrou que entre os participantes que relataram dor, a metade (50,5%) apresentaram dor moderada e 35,8%, intensa. A dor foi relatada com maior frequência por participantes do sexo feminino, de baixa renda e com diagnóstico prévio de artrite, dor crônica nas costas, sintomas depressivos, histórico de quedas e hospitalizações. (Mullachery *et al.*, 2023). Dentre os idosos que relataram histórico de dor, 36,6% utilizavam pelo menos um medicamento opioide (Mullachery *et al.*, 2023).

Tais estudos, configuram os poucos que descrevem o uso de analgésicos entre idosos com dor, traçando um preocupante cenário para a população geriátrica residente na comunidade. Entretanto, estudos avaliando idosos admitidos em clínica geriátrica, que geralmente atendem um perfil complexo de idosos, ainda inexistem. Diante de todas as complexidades inerentes do idoso e ao perfil de utilização de analgésicos, compreender os padrões de uso de analgésicos e adjuvantes neste tipo de cenário, cada vez mais relevante com o envelhecimento populacional, torna-se necessário para uma avaliação abrangente da qualidade do cuidado a ser oferecido para a população idosa. E é nesta perspectiva que o presente estudo se insere.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento, Cenário e População de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado em um ambulatório de geriatria de atendimento à saúde suplementar, localizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O ambulatório atende idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme legislação no Brasil) usuários de planos de saúde ou via contratação privada. Conta com equipe médica, composta por geriatras, cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas, psiquiatras e médicos de família e comunidade. A equipe multiprofissional é composta também por enfermeiros, farmacêutico, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Na consulta de admissão na clínica, são coletados os dados referentes a todas as doenças diagnosticadas e medicamentos utilizados, e são levantadas as demandas do paciente. Além disso, é realizado um rastreamento em saúde por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional de 20 pontos (IVCF-20). Em seguida, é elaborado um plano de cuidados, com encaminhamento para os profissionais necessários dentro do ambulatório. O paciente é atendido de maneira holística e integral. O acompanhamento dos pacientes inclui consultas, telemonitoramentos, grupos terapêuticos e reuniões matriciais.

A população estudada foi constituída todos os pacientes idosos com diagnóstico de doenças crônicas que cursam com dor admitidos no ambulatório entre maio de 2019 e janeiro de 2022, e que apresentaram dados completos para todas as variáveis estudadas (N=1.101).

4.2 Coleta de dados, variáveis e análises de dados

Os dados foram coletados, de forma retrospectiva, diretamente do sistema informatizado próprio do ambulatório, denominado LifeCode – Inteligência & Saúde. Como todos dados advinham de fonte digital (ex.: relatórios em planilhas gerados pelo sistema informatizado institucional), não foi utilizado instrumento de coleta intermediário, sendo o banco de dados do estudo alimentado diretamente da fonte, em conformidade com as peculiaridades das variáveis identificadas nos bancos de origem. O banco de dados foi constituído inicialmente no *software* Microsoft Excel® e posteriormente transferido integralmente para o *software* Stata®, versão 12, utilizado para realização de todas as análises. Os dados utilizados no estudo foram coletados durante a admissão do idoso no ambulatório.

Definiu-se como variável dependente o uso de pelo menos um medicamento analgésico ou adjuvante para dor. Tal variável foi baseada no dado referente aos medicamentos utilizados no momento da consulta de admissão no ambulatório. Medicamentos analgésicos ou adjuvantes para dor foram identificados de acordo com o segundo ou terceiro nível da classificação do Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (WHO, 2022):

- Medicamentos com efeito analgésico: analgésicos (N02); produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos (M01A).
- Adjuvantes: antidepressivos de qualquer classe (N06A).

O uso de medicamentos analgésicos ou adjuvantes foi analisado sob três perspectivas: (a) quantidade de medicamentos, (b) perfil dos medicamentos e (c) prevalência de utilização. No primeiro e segundo caso, tendo como unidade de análise o medicamento, foi descrita a frequência de uso desses medicamentos conforme princípio ativo, em relação ao total de analgésicos/adjuvantes. No terceiro caso, os usuários de analgésicos/adjuvantes foram relacionados ao total de participantes do estudo. Em todos os casos, foram calculadas as proporções expressas em termos percentuais. Também se procedeu com a descrição da média, desvio padrão, mínimo e máximo de medicamentos analgésicos ou adjuvantes utilizados por idoso.

As seguintes variáveis independentes foram incluídas:

- Sociodemográficos: sexo (feminino *versus* masculino) e idade (60 a 74 anos *versus* 75 a 84 anos);
- Número de doenças crônicas que cursam com dor (Schwan *et al.*, 2019) dicotomizada conforme sua mediana (1 ou 2 doenças *versus* 3 ou mais doenças);
- Componentes selecionados do IVCF-20 conforme os domínios a seguir (MORAES *et al.*, 2016):
 - Autopercepção de saúde: excelente, muito boa ou boa *versus* regular ou ruim;
 - Realização de Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD): deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos – sim *versus* não;
 - Realização de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD): deixou de tomar banho sozinho- sim *versus* não;
 - Mobilidade: incapaz de levantar os braços acima do nível do ombro - sim *versus* não; incapaz de manusear pequenos objetos – sim *versus* não;

dificuldade para caminhar – sim *versus* não; duas ou mais quedas no último ano – sim *versus* não.

O IVCF-20 leva em consideração a funcionalidade do idoso e é um instrumento de triagem rápida que avalia as principais dimensões preditoras de declínio funcional (ANEXO A). É um questionário que abrange aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso e possui 20 questões divididas em oito seções, sendo exploradas no presente estudo aquelas que se relacionam com condições crônicas que cursam com dor. É um instrumento desenvolvido e validado no Brasil, que pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla (Moraes *et al.*, 2016).

A relação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi avaliada por meio de análises uni e multivariadas. As comparações entre usuários e não usuários de medicamentos para dor e adjuvantes, em relação às variáveis independentes, foram realizadas utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson. Análises univariadas e multivariadas foram realizadas por meio do modelo de regressão logística múltipla, que fornecem razões de chance (*odds ratio*) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as variáveis, que análise univariada mostraram-se associadas ao evento ao nível de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado, sendo adotado 5% como nível de significância estatística para identificar as variáveis independentemente associadas ao evento. O teste de Hosmer-Lemeshow e a curva ROC foram executados para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final.

4.3 Aspectos Éticos e Legais

Este estudo é parte integrante do projeto “Perfil de uso de medicamentos e desprescrição em um ambulatório de geriatria”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG em 30 de novembro de 2021 sob registro CAAE - 52595821.1.0000.5149.

5 RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 1.101 idosos, a maioria deles do sexo feminino (n=957; 86,9%) e idade média de 75,7±8,8 anos (mínimo=60; máximo=102). O número médio de doenças crônicas que cursam com dor identificado foi igual a 2,6±1,6 (mínimo=1; máximo = 9), sendo a frequência de tais doenças se encontra descrita na Tabela 1. O ajuste do modelo mostrou-se adequado pelo teste de Hosmer-Lemeshow (p=0,49).

Tabela 1 – Doenças que cursam com dor diagnosticadas em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Belo Horizonte. 2019 a 2022.

Doenças que cursam com dor	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Osteoarticulares	1.101	38,46
Dor musculoesquelética	765	26,72
Osteoporose/ Osteopenia	236	8,24
Fibromialgia	176	6,15
Câncer	105	3,67
Hérnia	85	2,97
Tendinopatia	59	2,06
Dor neuropática	57	1,99
Diverticulite	50	1,75
Herpes Zoster	37	1,29
Cefaleia	35	1,22
Ciatalgia	20	0,70
Gota	19	0,66
Nefrolitíase	17	0,59
Neuropatia	17	0,59
Cifoescoliose	15	0,52
Hemorroida	15	0,52
Síndrome do intestino irritável	14	0,49
Fascite plantar	13	0,45
LES	6	0,21
Aneurisma	4	0,14
Bursite	4	0,14
Cirroze	4	0,14
Colelitíase	3	0,10
Retocolite ulcerativa	2	0,07
Condrocálcinose	1	0,03
Osteomielite	1	0,03
Pancreatite	1	0,03
Talassemia	1	0,03
Total	2863	100

Um total de 659 idosos (59,9%; IC^{95%}= 57,0-62,8) usava pelo menos um medicamento analgésico ou adjuvante, sendo que 289 (26,3%) utilizavam pelo menos um analgésico e 539 (49,0%) utilizavam pelo menos um medicamento adjuvante. A média de medicamentos para manejo da dor utilizados foi de $0,9 \pm 1,0$ (mínimo=0; máximo=6) (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de medicamentos analgésicos ou adjuvantes utilizados para o manejo de dor crônica por idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Belo Horizonte. 2019 a 2022.

Número de Medicamentos (n)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
0	442	40,1
1	395	35,9
2	189	17,2
3	56	5,1
4	13	1,2
5	5	0,4
6	1	0,1
Total	1.101	100

Os medicamentos analgésicos mais utilizados foram pregabalina (n=152; 15%) e dipirona (n=74; 7,3%). Já entre os adjuvantes, destacaram-se a duloxetina (n= 186; 18,4%) e a venlafaxina (n=119; 11,8%).

Tabela 3 – Tipos de medicamentos analgésicos e adjuvantes utilizados para o manejo de dor crônica por idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Belo Horizonte. 2019 a 2022.

	Medicamento	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Analgésicos	Pregabalina	152	15,0
	Dipirona	74	7,3
	Paracetamol	37	3,7
	Condroitina	32	3,2
	Tramadol	24	2,4
	Gabapentina	20	2,0
	Codeína	19	1,9
	Buprenorfina	6	0,6
	Nimesulida	2	0,2
	Naproxeno	2	0,2
	Ibuprofeno	1	0,1
	Morfina	1	0,1
	Total de analgésicos	370	36,6
	Adjuvantes	Duloxetina	186
Venlafaxina		119	11,8
Escitalopram		104	10,3
Sertralina		53	5,2
Mirtazapina		44	4,4
Trazodona		39	3,9
Citalopram		26	2,6
Amitriptilina		22	2,2
Fluoxetina		21	2,1
Paroxetina		12	1,2
Nortriptilina		7	0,7
Vortioxetina		4	0,4
Imipramina		1	0,1
Clomipramina		1	0,1
Bupropiona		1	0,1
Total de adjuvantes		640	63,4
Total global	1.010	100	

No modelo multivariado, o uso de pelo menos um analgésico/adjuvante mostrou-se associado positivamente ao sexo feminino, a uma pior autopercepção de saúde, à incapacidade para realização de pequenas atividades domésticas (AIVD) e à mobilidade, mais especificamente, dificuldade para caminhar e histórico de duas ou mais quedas no último ano. Os resultados completos das análises univariada e multivariada podem ser vistos na Tabela 4.

Tabela 4 – Análise univariadas e multivariada das de fatores associados ao uso de analgésico ou adjuvante entre idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Belo Horizonte. 2019 a 2022.

Variável	Não usuários de analgésico ou adjuvante (%) (n= 442)	Usuários de analgésico ou adjuvante (%) (n=659)	Análise univariada		Análise multivariada	
			OR (IC ^{95%})	p-valor*	OR (IC ^{95%})	p-valor**
Idade						
60 a 74	206(40,5)	303(59,5)	1			
75 ou mais	236(39,9)	356(60,1)	1,02 (0,81-1,31)	0,838	-	
Sexo						
Masculino	74(51,4)	70(48,6)	1			
Feminino	368(38,5)	589(61,5)	1,69 (1,19-2,40)	0,003	1,79 (1,25-2,57)	0,002
Doenças que cursam com dor						
1 ou 2	248(40,8)	360(59,2)	1			
3 ou mais	194(39,4)	299(60,6)	1,06 (0,83-1,35)	0,628	-	
Autopercepção de saúde						
Excelente, muito boa ou boa	282(45,4)	339(54,6)	1			
Regular ou ruim	160(33,3)	320(66,7)	1,66 (1,30-2,13)	<0,001	1,39 (1,07-1,80)	0,014
Deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos						
Não	395(42,9)	526(57,1)	1			
Sim	47(26,1)	133(73,9)	2,13 (1,49-3,04)	<0,001	1,59 (1,01-2,51)	0,047
Deixou de tomar banho sozinho						
Não	417(4,3)	594(58,7)	1			
Sim	25(27,8)	65(72,2)	1,83 (1,13-2,94)	0,012	0,89 (0,49-1,62)	0,699
Incapaz de levantar os braços						
Não	424(40,4)	626 (59,6)	1			
Sim	18 (35,3)	33(64,7)	1,24 (0,69-2,23)	0,469	-	
Incapaz de manusear pequenos objetos						
Não	435(40,2)	646(59,8)	1			
Sim	7(35,0)	13(65,0)	1,25 (0,49-3,16)	0,636	-	
Dificuldade caminhar						
Não	316(45,8)	374(54,2)	1			
Sim	126(30,7)	285(69,3)	1,91 (1,48-2,47)	<0,001	1,53 (1,15-2,04)	0,004
Duas ou mais quedas no último ano						
Não	363(43,4)	474(56,6)	1			
Sim	79(29,9)	185(70,1)	1,79 (1,33-2,41)	<0,001	1,51 (1,10-2,06)	0,011

OR = odds ratio calculado por regressão logística; IC^{95%} = intervalo de confiança de 95%.

* calculado por qui-quadrado de Pearson.

** calculado por regressão logística.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo trabalhou-se com uma população geriátrica com diagnóstico de doenças que cursam com dor admitidos em uma clínica privada de geriatria, para determinar a quantidade de medicamentos, o perfil, a prevalência de uso de medicamentos para analgesia e fatores associados. Ao conhecimento dos autores, trata-se do primeiro artigo a realizar tal recorte populacional, bem como o primeiro a abordar uso de medicamentos para o manejo da dor no contexto de um ambulatório de geriatria. Identificou-se entre os idosos uma proporção considerável de não utilização de medicamentos analgésicos ou adjuvantes, bem como a associação do uso ao sexo feminino, quedas e incapacidades no tocante à realização de atividades diárias e autoavaliação de saúde. Tais resultados demonstram um cenário preocupante, já que podem indicar a instituição de analgesia de forma insuficiente para a população geriátrica estudada.

Destacou-se a elevada média de diagnósticos de doenças que cursam com dor entre os idosos da população estudada ($2,6 \pm 1,6$ doenças que cursam com dor por idoso). Este resultado expõe a perspectiva de que é provável que a intensidade da dor experienciada pelos indivíduos avaliados fosse substancial, sobretudo levando-se em consideração que a osteoartrite e dor musculoesquelética estiveram entre as doenças que cursam com dor mais frequentes entre eles. Trata-se de doenças caracterizadas pela dor nociceptiva e amplamente diagnosticada entre idosos, cuja intensidade normalmente é mensurada como moderada a incapacitante (Abdulla *et al.*, 2013; Conley *et al.*, 2023). Seu manejo, portanto, demanda o uso de medidas farmacológicas (Conley *et al.*, 2023).

Em contraste ao elevado número de doenças que cursam com dor, a prevalência global do uso de analgésicos ou adjuvantes para tratamento da dor foi baixa (59,9%; IC^{95%} = 57,0-62,8). Essa prevalência mostrou-se superior àquela identificada em um estudo realizado com amostra selecionada aleatoriamente entre todas as pessoas com idade ≥ 75 anos residentes na comunidade na Finlândia (45,4%) (Pokela *et al.*, 2010) e de uma coorte de base populacional realizado com idosos que vivem na Alemanha (22,9%) (Nguyen *et al.*, 2020). Entretanto, o fato de a diferença entre essas prevalências ser reduzida chama atenção, já que se esperava um uso consideravelmente superior de analgésicos/adjuvantes entre idosos com diagnóstico de doença que cursa com dor que em uma população sem tal característica como critério de inclusão.

A analgesia entre idosos geralmente é pouco instituída ou tratada de forma insuficiente (Corsi *et al.*, 2018; Heer, 2010; Schofield, 2018; Won *et al.*, 2004). Um estudo realizado em

lares de idosos em 10 estados dos EUA foi observado prevalência de dor crônica de 48,5%, onde um quarto do participante não recebeu analgésicos. Dentre aqueles com prescrição de analgésicos, apenas 46,9% foram administrados em doses contínuas (Won *et al.*, 2004). Um estudo multicêntrico realizado na Espanha e Itália evidenciou que em pacientes internados em alas de clínica médica, a maioria não recebeu tratamento para dor na admissão (73,4%) e metade deles não foi tratada com nenhum analgésico na alta (50,5%). Essa diferença afetou também os níveis relatados de intensidade da dor. Os pacientes que receberam analgésicos tanto na admissão quanto na alta permaneceram estáveis. Por outro lado, aqueles que não foram tratados na admissão e que receberam tratamento analgésico durante a internação hospitalar diminuíram a dor percebida (Corsi *et al.*, 2018).

Para explicar a prescrição de analgesia farmacológica insuficiente, várias barreiras são descritas na literatura, como a falta de diretrizes específicas para o contexto da geriatria, falta de conhecimento ou treinamento dos prescritores, limitação de tempo para realização de avaliação adequada da dor (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018). Além disso, é sabido que mudanças biofisiológicas associadas ao envelhecimento, bem como a presença de múltiplas condições de saúde e fragilidade conferem uma singularidade à farmacoterapia dos idosos. Isso pode gerar dúvidas sobre a adequação e segurança da terapia analgésica nessa faixa etária, levando a abordagens conservadoras para o manejo da dor ou que procuram apenas limitar o número total de medicamentos utilizados, gerando doses subterapêuticas ou até mesmo a não instituição da analgesia (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018).

Em paralelo, é comum que pacientes idosos se mostrem altamente propensos a subestimar a dor e a sua gravidade, seja por atitudes estoicas, preconceitos culturais, medo de dependência, ou a relutância diante da perspectiva de aumentar a quantidade de medicamentos para uso diariamente (Rastogi & Meek, 2013). Familiares e cuidadores disso podem, também, assumir que a dor faz parte do envelhecimento e não procurem tratamento com especialistas, no entanto, o envelhecimento é um processo muito individualizado e as mudanças relacionadas à idade são extremamente variadas entre os indivíduos. (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013).

A maneira como os idosos experienciam e comunicam a dor também pode ser peculiar e influenciada por diversos fatores. É comum, por exemplo, que idosos, ao invés de reportar diretamente a dor, expressem alterações de humor e cognição, que devem ser devidamente exploradas para proporcionar conforto compatível com a situação clínica (Koponen *et al.*, 2013; Schofield *et al.*, 2022). Ademais, a expressão da dor pode representar um desafio para

indivíduos com comprometimento cognitivo já estabelecido ou outras doenças neurodegenerativas (Hunt *et al.*, 2015; RASTOGI & MEEK, 2013).

O subtratamento analgésico entre idosos aumenta a frequência e intensidade de dor diária (ANZGM, 2016). Essa sensação de dor descontrolada, além de ocasionar o desconforto álgico em si, está associada ao desenvolvimento de sintomas neurovegetativos, como a diminuição do apetite e interrupção do sono; alterações no humor e cognição, cursando com depressão, ansiedade, agitação e delírio; e alterações na capacidade funcional, que podem prejudicar a mobilidade e inclusive aumentar o risco de quedas (Schwan *et al.*, 2019). Portanto, consequências da dor entre idosos são amplas e sindrômicas, fazendo com que uma avaliação da dor e instituição da terapêutica adequada sejam essenciais para aprimorar a qualidade de vida de idosos.

Por isso, é importante uma anamnese completa da dor que inclua as peculiaridades dessa experiência sensorial no paciente geriátrico (Schofield *et al.*, 2022). O autorrelato do paciente ainda é a fonte principal e mais confiável na avaliação da dor, no entanto alguns autores sugerem o uso de perguntas específicas para direcionar o diagnóstico que permitem identificar a intensidade da dor e como ela limita as atividades diárias, visto que muitos idosos não a relatam automaticamente. Para além, o uso de escalas para mensuração aliado a um exame físico completo são relevantes e complementam o processo contínuo que é a avaliação clínica (Schofield, 2018). Abordar a dor em idosos requer atenção plena, comunicação aberta e estratégias de gerenciamento de dor que sejam adaptadas às necessidades específicas dos idosos, visando assegurar um cuidado adequado e compassivo (ANZGM, 2016; Rastogi & Meek, 2013; Schofield, 2018).

Quando avaliados os analgésicos mais utilizados na população estudada, observou-se o contraste do uso da pregabalina ter sido o mais frequente (15%), já que os diagnósticos mais preponderantes se referiam a doenças que cursam com dor nociceptiva, como a osteoartrite e dores musculoesqueléticas, cujo tratamento de primeira linha é o uso de analgésicos e ou AINES tópicos, quando possível (Pedowitz *et al.*, 2021). É importante destacar que o uso de pregabalina é adequado para o manejo de dor neuropática, mas que possui ressalvas quanto à sua segurança no uso entre idosos, já que proporciona considerável sedação e há necessidade de ajuste de dose na presença de disfunção renal (Marcum *et al.*, 2016; Pedowitz *et al.*, 2021). Por tal razão, entre idosos, é importante prescrição deste medicamento seja instituída quando a terapia de primeira linha para dor neuropática, como antidepressivos não sedativos, não for efetiva (Marcum *et al.*, 2016; Pedowitz *et al.*, 2021)

Por outro lado, o paracetamol e a dipirona, analgésicos adequados para o manejo de dor nociceptiva, ocuparam, respectivamente, segunda (7,3%) e terceira (3,7%) posições entre os analgésicos mais utilizados, o que equivalente a menos da metade dos medicamentos à base de pregabalina. É relevante, portanto, a análise da frequência de não utilização do uso desses medicamentos: 90,9% dos idosos não utilizavam paracetamol ou dipirona (resultado não apresentado anteriormente). Trata-se de medicamentos considerados seguros para uso entre idosos, salvo alguns efeitos adversos que devem ser prevenidos, como o risco de superdosagem não intencional associado à hepatotoxicidade com o uso de paracetamol, e o risco de discrasia sanguíneas com o uso de dipirona, pouco reportado no contexto brasileiro (Souza *et al.*, 2018; INCA, 2001).

Dentre os adjuvantes, a duloxetina foi o mais frequentemente prescrito (18,4%). É um inibidor seletivo da recaptção de serotonina e norepinefrina, cuja eficácia foi demonstrada no manejo da dor neuropática e musculoesquelética em idosos, oferecendo uma opção terapêutica valiosa (Marcum *et al.*, 2016; Pedowitz *et al.*, 2021). A sua utilização tem sido associada a melhorias significativas na intensidade da dor, funcionalidade (Pedowitz *et al.*, 2021). Entre os antidepressivos que podem ser utilizados como adjuvantes na analgesia, evidências robustas apontam para o uso de antidepressivos tricíclicos (ADTs) e inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSNs) que proporcionam alívio da dor independente de seus efeitos antidepressivos (Birkinshaw *et al.*, 2023). Entretanto, ambas as classes estão inseridas no critério de Beers, e, portanto, demandam avaliação individual criteriosa do seu balanço risco-benefício no contexto de analgesia (BEERS, 2023).

A baixa frequência de uso de opioide (5%) corrobora os estudos nacionais que evidenciam uma redução no uso dessa classe de medicamentos no Brasil, apesar do aumento observado no contexto mundial, e, sobretudo em países desenvolvidos (Ju *et al.*, 2022). No entanto, o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), observou-se que 36,6% dos idosos que relatavam histórico de dor utilizavam pelo menos um medicamento opioide (Mullachery *et al.*, 2023). O Brasil, assim como vários países no mundo, enfrenta desafios relacionados ao controle e regulação de opioides, buscando equilibrar a necessidade de alívio da dor com a prevenção do seu uso indevido ou em situação de abuso (Ju *et al.*, 2022; Maia *et al.*, 2021; Mullachery *et al.*, 2023). A crescente preocupação com a epidemia global de opioides, observada em países como EUA e Canadá, suscita a importância de políticas públicas eficazes, capacitação profissional, monitoramento rigoroso e educação do paciente para garantir um uso responsável desses medicamentos e mitigar possíveis efeitos adversos (Ju *et al.*, 2022; Maia *et al.*, 2021; Mullachery *et al.*, 2023).

Tivemos dificuldade em identificar, na produção científica sobre o uso de analgésicos e adjuvantes entre pessoas idosas, estudos que tenham abordado a mesma população de estudo que a nossa (pessoas idosas com doenças que cursam com dor, atendidos em um ambulatório de geriatria). Isso dificulta o cotejamento dos nossos resultados, tanto no tocante à prevalência quanto aos fatores associados ao uso desses medicamentos.

Em relação aos fatores associados, observamos uma associação entre o sexo feminino e uso de medicamentos analgésicos ou adjuvantes (OR= 1,69 IC 95%= 1,19- 2,40), consistentes com o verificado em outros estudos realizados ao redor do mundo (Silva *et al.*, 2019; Nguyen *et al.*, 2020; Paulose-Ram *et al.*, 2003). Essa associação revela uma não apenas diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas também os comportamentos em relação aos cuidados à saúde (Da Silva *et al.*, 2019; Hoffmann *et al.*, 2001). Este achado importante levanta e reforça a necessidade de uma avaliação da dor cada vez mais global, individualizada e assertiva, principalmente indivíduos do sexo masculino, visto que eles têm histórico de não verbalizar sua dor ou de a subestimar com maior frequência (ANZGM, 2016; Nguyen *et al.*, 2020; Schofield *et al.*, 2022).

No tocante a autopercepção de saúde, o uso de analgésico/adjuvante está ligado a uma percepção negativa (regular ou ruim). O tratamento da dor, principalmente em idosos, deve ser feita de maneira holística e não somente baseado no modelo biomédico. A dor é uma experiência biopsicossocial e os fatores psicológicos devem ser levados em consideração por todos os integrantes da equipe de saúde (Hunt *et al.*, 2016). Além disso, sugere uma abordagem cuidadosa na prescrição e monitoramento de medicamentos e importância de educação em saúde contínua para os pacientes e familiares.

Observou-se também que aqueles que fazem uso de medicamentos apresentam uma chance duas vezes maior de deixar de fazer pequenos trabalhos doméstico (OR=2,13 IC 95%=1,49- 3,04). Esse resultado pode demonstrar que possivelmente o tratamento não está sendo efetivo. Nesse cenário, é possível refletir com esses dados sobre a elaboração de estratégias mais eficazes que atendam as demandas específicas de busca da independência funcional.

A variável mobilidade também foi associada ao uso de medicamentos (deixar de caminhar e duas ou mais quedas no último ano). Os resultados dessa análise mostram a complexidade da relação uso de medicamentos, mobilidade e propensão a quedas em idosos (Carmo Júnior *et al.*, 2023; Haasum *et al.*, 2017). Por um lado, a associação ‘dificuldade para caminhar’ sugere a importância de um trabalho multiprofissional e inserção de medidas não

farmacológicas no tratamento. Por outro lado, a ‘ocorrência de quedas’ pode estar ligada os potenciais interações medicamentosas e efeitos adversos comuns entre analgésicos e adjuvantes, como sedação, sonolência e vertigem, por exemplo (Birkinshaw *et al.*, 2023; Pedowitz *et al.*, 2023). Torna-se imprescindível a adoção de regimes mais simplificados de farmacoterapia e o conhecimentos de critérios e listas de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Nesse contexto, o uso da desprescrição que é considerada como um processo planejado de reduzir ou cessar o uso de medicamentos que não apresentam mais benefício terapêutico ou que estão ocasionando danos, é uma estratégia eficaz para promover um envelhecimento saudável (CADEN, 2022).

Uma limitação do presente estudo é a coleta retrospectiva em bancos de dados secundários, que se baseia no sistema informatizado do ambulatório. Essa fonte de informações depende do registro por parte de vários profissionais de saúde, o que, muitas vezes, resulta em falhas na completude e na qualidade dos dados. Para atenuar essa limitação, foi realizada uma revisão manual em todos os prontuários em busca de discrepâncias ou lacunas. Outra limitação consiste na não avaliação da dose utilizada dos analgésicos e adjuvantes para o tratamento da dor, mas, mesmo assim, os dados de prevalência de não uso destacam-se de tal forma que, acredita-se que a exploração da posologia apenas corroboraria a experiência com a dor.

Também não foram exploradas no presente estudo escalas de mensuração da dor, pois sua documentação não é obrigatória no sistema informatizado do ambulatório, não permitindo recuperar os dados de forma uniforme. Trata-se não só de uma limitação do presente estudo, mas também de uma limitação do próprio formulário de anamnese da instituição, que se propõe que seja readequado para proporcionar avaliação adequada e devidamente documentada da dor entre os idosos atendidos.

Apesar de tais limitações, este estudo apresenta dados importantes referentes a como as pessoas idosas são tratadas farmacologicamente para dor crônica e como o tratamento pode associar-se à percepção negativa sobre seu estado de saúde e capacidade funcional. É importante notar que o estudo foi conduzido em um ambulatório de geriatria privado, cenário que se torna cada vez mais relevante com o envelhecimento populacional brasileiro. Além disso, propõe recorte único populacional, elucidando aspectos específicos sobre idosos com doenças que cursam com dor.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo desempenha um papel fundamental na melhoria da prática clínica e fornece evidências que orientam os profissionais de saúde na tomada de decisões sobre o uso de medicamentos e na prestação de cuidados de alta qualidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABDULLA A, BONE M, ADAMS N, ELLIOTT A.M, JONES D, KNAGGS R, MARTIN D, SAMPSON E.L., SCHOFIELD P. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. **Age Ageing**, v.42, n.2, p.151-153. 2013.

AGUIAR, D. P.; SOUZA, C. P.; BARBOSA, W. J.; SANTOS-JÚNIOR, F. F.; OLIVEIRA, A. S. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **Brazilian Journal of Pain (BrJP)**, v.4, n.3, p.257-267,2022.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.71,n.7, p.2052-2081,2023.

ANEKAR, A. A.; HENDRIX, J. M.; CASCELLA, M. WHO Analgesic Ladder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>. Acesso em 9 nov 2023.

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND SOCIETY FOR GERIATRIC MEDICINE (ANZGM). Position Statement Abstract: Pain in older people. **Australas J Ageing**, v.35, n.4, p.293,2016.

BATES, B.P. et al. PQRST: A mnemonic to communicate a change in condition. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.3, n.10, p.23-5, 2002.

BIRKINSHAW H, FRIEDRICH CM, COLE P, ECCLESTON C, SERFATY M, STEWART G, WHITE S, MOORE RA, PHILLIPPO D, PINCUS T. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. **Cochrane Database Syst Rev**. v. n.5, v.5, p.CD014682,2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Accessed on Nov 9,2023. Acessado em: 09.11.23

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006.Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.Acessado em: 09.11.2023

CANADIAN MEDICATION APPROPRIATENESS AND DEPRESCRIBING NETWORK (CADEN). **What is Deprescribing?** 2020. Disponível em: <https://www.deprescribingnetwork.ca/patient-handouts>. Acesso em: 20 out. 2023.

CARMO JÚNIOR NM, REIS EA, LOYOLA FILHO, AI, VALLE EA, AZEVEDO DC, NASCIMENTO MMG. Profile of sedative use and occurrence of falls and hip fractures femur among older adults in a geriatric outpatient clinic. **Geriatr Gerontol Aging**, v.17, p.e0230012, 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6501e1.pdf>. Acesso em: 30/08/2023.

CHOU, R. et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: A systematic review for a national institutes of health pathways to prevention workshop. **American College of Physicians**, , v.162, n.4, p.276-86, 2015.

COLLOCA, L.; LUDMAN, T.; BOUHASSIRA, D.; BARON, R.; DICKENSON, A. H.; YARNITSKY, D.; FREEMAN, R.; TRUINI, A.; ATTAL, N.; FINNERUP, N. B.; ECCLESTON, C.; KALSO, E.; BENNETT, D. L.; DWORKIN, R. H.; RAJA, S.N. Neuropathic pain. **Nature Reviews Disease Primers**, v.16, n.3, p. 17002,2017.

CONLEY B, BUNZLI S, BULLEN J, O'BRIEN P, PERSAUD J, GUNATILLAKE T, *et al.* Core Recommendations for Osteoarthritis Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. **Arthritis Care Res**, v.75, n.9, p.1897-1907, 2023.

CORSI N, Roberto A, CORTESI L, NOBILI A, MANNUCCI PM, CORLI O; REPOSI Investigators. Prevalence, characteristics and treatment of chronic pain in elderly patients hospitalized in internal medicine wards. **Eur J Intern Med**, v.55, p.35-39, 2018.

CROSS, M.; SMITH, E.; HOY, D.; CARMONA, L.; WOLFE, F.; VOS, T.; *et al.* The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Ann Rheum Dis**. v.73,n.7, p.1316–1322,2014.

DA SILVA DAL PIZZOL, T., TURMINA FONTANELLA, A., CARDOSO FERREIRA, M. B., BERTOLDI, A. D., BOFF BORGES, R., & SERRATE MENGUE, S. Analgesic use among the Brazilian population: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). **PloS one**, v.14, n.3, p.e0214329, 2019.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; DUARTE, Y. A.; LEBRAO, M. L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saú. Pub**, n.29, n.2, p.325–334,2013.

ELZAHAF, R. A.; TASHANI, O. A.; UNSWORTH, B. A.; JOHNSON, M. I. The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. **Current Medical Research and Opinion**. 28(7):1221-1229, 2012.

ESSES G, DEINER S, Ko F, KHELEMSKY Y. Chronic Post-Surgical Pain in the Frail Older Adult. **Drugs Aging**, v.37, n.5, p.21-329, 2020.

FALCI, D. M.; MAMBRINI, J. V. de M.; CASTRO-COSTA, É.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. de. Use of psychoactive drugs predicts functional disability among older adults. **Rev Saúde Pública**, v.53, n.21,2019.

FARRAR JT, PORTENOY RK, BERLIN JA, KINMAN JL, STROM BL. Defining the clinically important difference in pain outcome measures. **Pain**, v.88, n.3, p.287-294,2000.

FAYAZ, A.; CROFT, P.; LANGFORD, R. M.; DONALDSON, L. J.; JONES, G. T. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. **BMJ Open**, v.6, n.6, p.e010364,2016.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE - GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, v.392, p.1789-858,2018.

HAASUM Y, JOHNELL K. Use of antiepileptic drugs and risk of falls in old age: A systematic review. **Epilepsy Res**, v.138, p.98-104, 2017.

HADJISTAVROPOULOS, T.; HERR, K.; PRKACHIN, K. M.; CRAIG, K. D.; GIBSON, S. J.; LUKAS, A.; *et al.* Pain assessment in elderly adults with dementia. **Lancet Neurology**,v.13, n.12,p.1216–1227,2014.

HERR K. Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. **Pain Manag Nurs**, v.1, n.2 Suppl, p. S1-10,2010.

HOFFMANN DE, TARZIAN AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. **J Law Med Ethics**, v.29, n.1,p.13–27, 2001

HUNT, L. J.; COVINSKY, K. E.; YAFFE, K.; STEPHENS, C. E.; MIAO, Y.; BOSCARDIN, W. J.; SMITH, A. K. Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. **J Am Geriatr Soc**. v..63, n.8, p.1503-11,2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON ADVANCING PAIN RESEARCH, CARE, AND EDUCATION. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. **Washington (DC): National Academies Press (US)**; 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- INCA. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf. Acessado em 9.nov.2023.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS- ISMP. Morfina: erros de medicação, riscos e práticas seguras na utilização. **Boletim**. v.3, n.2, junho 2014.

JU C, Wei L, MAN KKC, WANG Z, MA TT, CHAN AYL, *et al*. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study. **Lancet Public Health**, v.7, n.4, p.e335-e346,2022.

KENNEDY, M. C.; COUSINS, G.; HENMAN, M. C. Analgesic use by ageing and elderly patients with chronic non-malignant pain: a qualitative study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v.39,n.4, p.798-807,2017.

KOPONEN MP, BELL JS, KARTTUNEN NM, NYKÄNEN IA, DESPLENTER FA, HARTIKAINEN SA. Analgesic use and frailty among community-dwelling older people: a population-based study. **Drugs Aging**, v.30, n.2, p.129-36, 2013.

KOSEK, E.; COHEN, M.; BARON, R.; GEBHART, G. F.; MICO, J. A.; RICE, A. S. C.; RIEF, W.; SLUKA, A. K. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? **Pain**, v.157, n.7, p.1382-1386, 2016.

MAIA LO, DALDEGAN-BUENO D, FISCHER B. Opioid use, regulation, and harms in Brazil: a comprehensive narrative overview of available data and indicators. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, v.26, n. 16, p.1:12, 2021.

MARCUM, Z. A.; DUNCAN, N. A.; MAKRIS, U. E. Pharmacotherapies in Geriatric Chronic Pain Management. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.32, n.4,p.705–724, 2016.

MELZACK, R.; TORGERSON, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, v.34, n.1, p.50-9, 1971.

MORAES, E. M.; REIS, A. M. M.; MORAES, F. L. **Manual da Terapêutica Segura no Idoso**. 1. ed. Belo Horizonte: Folium, 2019.

MORAES, E.N.; CARMO, J.A.; MORAES, F.L., et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, v.50, n.81, 2016.

MULLACHERY, P. H.; LIMA-COSTA, M. F.; DE LOYOLA FILHO, A. I. Prevalence of pain and use of prescription opioids among older adults: results from the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Lancet Regional Health – Americas**. v.20, n.100459, 2023.

NGUYEN, T. N. M., LAETSCH, D. C., CHEN, L. J., HAEFELI, W. E., MEID, A. D., BRENNER, H., & SCHÖTTKER, B. Pain severity and analgesics use in the community-dwelling older population: a drug utilization study from Germany. **European journal of clinical pharmacology**, v.76, n.12, p.1695–1707,2020

OLIVEIRA, H. S. B. de; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**.v. 97, n.2, p.165-76, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140603>. Acesso em: 9 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030)**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, p. 1-29.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde**. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf . Acesso em 9 nov.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Universidade de São Paulo; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Cancer Pain Relief**. Geneva, Switzerland: World Health Press; 1986.

PARK J, HUGHES AK. Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: a review of empirical evidence. **J Am Geriatr Soc**, v.60, n.3, p.555-68, 2012.

PAULOSE-RAM R, HIRSCH R, DILLON C, LOSONCZY K, COOPER M, OSTCHEGA Y. Prescription and non-prescription analgesic use among the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v.12, n.4, p.315–26,2003.

PEDOWITZ EJ, ABRAMS RMC, SIMPSON DM. Management of Neuropathic Pain in the Geriatric Population. **Clin Geriatr Med**, v.37, n.2, p.361-376, 2021.

PING, F.; WANG, Y.; WANG, J.; CHEN, J.; ZHANG Wenxian; ZHI, H. et al. Opioids increase hip fracture risk: a meta-analysis. **J Bo Min Metab**, v.3, n.3, p.289-297; 2017.

POKELA N, BELL JS, LIHAVAINEN K, SULKAVA R, HARTIKAINEN S. Analgesic use among community-dwelling people aged 75 years and older: A population-based interview study. **Am J Geriatr Pharmacother**, v.8, n.3, p. 233-244,2010.

RAJA, S. N.; CARR, D. B.; COHEN, M.; FINNERUP, N. B.; FLOR, H.; GIBSON, S.; *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v.161, n.9, p.1976-1982,2020.

RASTOGI, R.; MEEK, B. D. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. **Clin Interv Aging**, v.8, p.37-46, 2013.

RIBEIRO, E. G.; MATOZINHOS, F. P.; GUIMARÃES, G. L.; COUTO, A. M. D.; AZEVEDO, R. S.; MENDOZA, I. Y. Q. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais.**Rev. Bra Enf**, v.71, n.2, p. 860–867, 2018.

SANTOS AM, et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. **Maturitas**, v.67, n.3, p.251-5, 2010.

SANTOS, A. D. A. P. dos; SOUZA, I. G. de; MALTA, J. S.; COSTA, J. M. da; SILVA, K. L. Avaliação do acompanhamento farmacoterapêutico de idosos hospitalizados em uso de analgésicos opioides. **R. de Enferm. Cent.O. Min.** [S. l.], v. 10, 2020.DOI: 10.19175/recom.v10i0.3665. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3665>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SCHOFIELD P, DUNHAM M, MARTIN D, BELLAMY G, FRANCIS SA, SOOKHOO D,*et al.* Evidence-based clinical practice guidelines on the management of pain in older people - a summary report. **Br J Pain**, v.16, n.1, p.6-13,2022.

SCHOFIELD, P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. **Age and Ageing**, v.47(suppl_1), p. i1-i22, 2018.

SCHWAN J, SCLAFANI J, TAWFIK VL. Chronic Pain Management in the Elderly. **Anesthesiol Clin**, v.37, n.3, p.547-560, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBBG. Dor : o quinto sinal vital. 2018. Disponível em: https://sbbg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBBG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf. Acesso em 9. Nov. 2023.

SOUZA, E. C.; MATOS, D. M.; VIANA, M. R.; ALVIM, M. C. O.; BONFANTE, H. L.; PINTO, A. F.; NASCIMENTO, J. W. L. Evaluation of hematological alterations after therapeutic use of dipyron in healthy adults: a prospective study. **J Basic Clin Physiol Pharmacol**, v.29, n.4, p.385-390,2018.

STUBBS, B. et al. Pain and the risk for falls in community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.9, n.51, p.175-187.e9, 2014.

THE DENTAL AND PHARMACEUTICAL BENEFITS AGENCY - TLV. **An overview of the Swedish system for pricing and reimbursement of pharmaceuticals.** 2017.Disponível em:https://www.tlv.se/download/18.1d85645215ec7de284611ebd/1510316381520/ppri_pharma_profile_sweden_2017.pdf. Acesso em: 9 nov. 2023.

VAN DEN BEUKEN-VAN HOEK, M. H.; HOCHSTENBACH, L. M.; JOOSTEN, E. A.; TJAN-HEIJNEN, V. C.; JANSSEN, D. J. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. **J Pain Symptom Manage**, v.51, n.6, p.1070-1090,2016.

WON AB, LAPANE KL, VALLOW S, SCHEIN J, MORRIS JN, LIPSITZ LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. **J Am Geriatr Soc**, v.52, n.6, p.867-74, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World Population Ageing.** 2019. Available from:<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>. Accessed on Nov 9, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology**. 2022. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ . Acesso em: 08/09/2022.

ANEXOS

Anexo A – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)			
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação	
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ² () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
COGNIÇÃO	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts	
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ² () Não		
	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não		
HUMOR	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	Máximo 2 pts	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não		
	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não		
MOBILIDADE	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	Máximo 2 pts	
	Alcance, preensão e pinça		12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não
	Marcha		14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não
COMUNICAÇÃO	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	Máximo 4 pts	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	Máximo 4 pts	
	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	Máximo 4 pts	
	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas () ; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; Internação recente, nos últimos 6 meses () . () Sim ⁴ () Não		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

APÊNDICE

APÊNDICE A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE USO DE MEDICAMENTOS E DESPRESCRIÇÃO EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA

Pesquisador: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52595821.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.136.081

Apresentação do Projeto:

Os medicamentos constituem as tecnologias em saúde mais importante para prevenção, tratamento e controle de doenças. A ampliação ao seu acesso é um importante fator contribuinte para a melhoria dos indicadores de saúde e para o envelhecimento populacional em todas as nações do mundo. No entanto, sua utilização também está associada ao desenvolvimento de eventos adversos, sobretudo entre a crescente população geriátrica que, além de apresentarem alterações fisiológicas que proporcionam alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos utilizados, geralmente apresenta múltiplas doenças crônicas e utilizam múltiplos medicamentos.

Assim, a desprescrição de medicamentos tem sido uma ferramenta importante para adequação da farmacoterapia e é impulsionado pela necessidade de reduzir medicamentos que podem causar quedas, reações adversas a medicamentos, internação hospitalar e outros desfechos negativos, principalmente em idosos. Para tanto, pretende-se investigar o perfil de utilização de medicamentos entre idosos acompanhados em um ambulatório de geriatria da saúde suplementar em Belo Horizonte (MG), bem como, descrever o impacto de um programa integrado de desprescrição implementado nessa instituição.

Será desenvolvido em duas etapas. Etapa 1: estudo transversal para estimar a prevalência e fatores associados às inadequações farmacoterapêuticas potenciais. Etapa 2: estudo do tipo ensaio híbrido de efetividade/implementação do tipo 1 para descrever o impacto de um programa de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.136.081

desprescrição.

Serão incluídos no estudo pacientes idosos em uso de pelo menos um medicamento hipnótico-sedativo e em uso de pelo menos um medicamento sedativo-hipnótico e/ou inibidor de bomba de prótons.

Espera-se que os conhecimentos gerados e com os resultados do projeto, ocorra maior conscientização da equipe de saúde sobre os impactos que causam esses perfis de medicamentos e que os idosos sejam assistidos pelos profissionais, evitando desfechos negativos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Investigar o perfil de utilização de medicamentos entre idosos acompanhados em um ambulatório de geriatria da saúde suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais, bem como descrever o impacto de um programa integrado de desprescrição implementado nessa instituição.

Específicos:

- Descrever e estimar a prevalência de polifarmácia, de IM, de OF, do uso de medicamentos com carga anticolinérgica, e do uso de MPI;
- Investigar os fatores associados à identificação de polifarmácia, de IM, de OF, ao uso de medicamentos com carga anticolinérgica, e ao uso de MPI;
- Descrever o perfil dos idosos inseridos em um programa de desprescrição;
- Descrever a implementação do programa de desprescrição;
- Avaliar o impacto clínico de um programa de desprescrição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Será realizada coleta de dados nos sistemas informatizados da instituição referentes ao período de out/2018 a jan/2021. Todos os dados serão analisados de forma coletiva sem documentação em banco de dados que possibilitem a identificação individual do paciente. Dessa forma, será solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes.

Benefícios: A participação não será remunerada e não trará qualquer outro tipo de benefício pessoal para os participantes. Entretanto, acredita-se que é necessário avaliar o uso de medicamentos entre idosos, bem como serviços desprescrição devido ao seu elevado potencial de impacto, que deve ser devidamente mensurado. Adicionalmente, esse projeto tem como objetivo avaliar os serviços farmacêuticos para fomentar a implementação de melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 *ç* 2°. Andar *ç* Sala 2005 *ç* Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.136.081

Projeto apresenta introdução fundamentada, objetivos, metodologia detalhada e pertinente. Cronograma exequível e será autofinanciado.

Estudo relevante visto que tanto a população idosa, quanto o uso de medicamentos vem aumentando em todo o mundo em especial por esta população. Destaca o objeto de estudo, a desmedicalização, visto os efeitos adversos que os medicamentos podem causar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de Rosto assinada;

Aprovação do Departamento de Produtos Farmacêuticos da Faculdade de Farmácia – UFMG;

Anuência da instituição onde será desenvolvido o estudo (+60 Especialistas em cuidar da saúde da pessoa idosa).

TCUD conforme resolução 466/2012.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827030.pdf	13/10/2021 22:40:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	16/09/2021 18:19:46	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/09/2021 18:17:18	Mariana Martins Gonzaga do	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 à 2º. Andar à Sala 2005 à Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.136.081

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/09/2021 18:17:18	Nascimento	Aceito
Outros	Aprovacao_departamental.pdf	15/09/2021 19:10:58	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Outros	Parecer_cossustanciado_departament al.pdf	15/09/2021 19:10:23	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Outros	TCUD_xerox.pdf	15/09/2021 19:08:44	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	15/09/2021 19:04:01	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Novembro de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º. Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

The screenshot shows a web browser window with the URL `ggaging.emnuvens.com.br/revista/submissions`. The page title is "Geriatrics, Gerontology and Aging". The main content area is titled "Submissions" and has two tabs: "My Queue" (with a count of 1) and "Archives". A "Help" button is visible in the top right of the content area. Below the tabs is a "My Assigned" section with a search bar, "Filters", and "New Submission" buttons. A single submission is listed with the ID "153", the author "de Carvalho et al.", and the title "USO DE MEDICAMENTO ANALGÉSICOS E ADJUVANTES PARA DOR EM UM AMBULATÓRIO DE...". To the right of the title is a comment icon with the number "1", a "Submission" button, and a "View" button with a dropdown arrow.