

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELO DA SILVA DIAS

PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO
MANEJO E CONTROLE DA DOR EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MS.

CAMPO GRANDE/MS

2021

MARCELO DA SILVA DIAS

PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO
MANEJO E CONTROLE DA DOR EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MS.

Dissertação apresentada como exigência para a
obtenção do título de mestre em Saúde da
Família pela Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, MS, sob a orientação da Prof.^a
Dr.^a Ana Tereza Gomes Guerrero.

CAMPO GRANDE

2021

MARCELO DA SILVA DIAS

PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO
MANEJO E CONTROLE DA DOR EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MS.

Dissertação apresentada como exigência para a
obtenção do título de mestre em Saúde da
Família pela Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, MS, sob a orientação da Prof.^a
Dr.^a Ana Tereza Gomes Guerrero.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o
conceito_____.

Campo Grande, MS, 27 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

NOTA / CONCEITO

Presidente : Dr.^a Ana Tereza Gomes Guerrero – FIOCRUZ

Titular : Dr. Arthur de Almeida Medeiros – INISA/UFMS

Titular : Dr.^a Maria de Lourdes Oshiro – SES/MS

Suplente: Dr.^a Sandra Maria Leone do Vale de Oliveira - UFMS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me deu forças para vencer todas as dificuldades. Aos meus pais que sempre me apoiaram. À minha esposa que sempre esteve ao meu lado me incentivando e apoiando nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado forças de continuar perante todas as adversidades encontradas. Aos meus pais, Wilson Dias e Maria Aparecida da Silva Dias, e minha esposa, Talita Striquer Dias, que sempre foram apoiadores e incentivadores durante este trajeto do Mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, professores e todos aqueles que contribuíram para minha formação acadêmica. A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Tereza Gomes Guerrero, pela paciência, ensinamentos, empenho que sempre me orientou neste trabalho.

RESUMO

A população brasileira está em um processo de envelhecimento, onde acontece o aumento das doenças crônicas, ocorrência da polifarmácia, aparecimento dos processos dolorosos. O presente estudo tem por objetivo realizar um diagnóstico situacional referente ao perfil farmacoepidemiológico de medicamentos utilizados no manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde (APS) de Campo Grande/MS. Elaborar um manual de apoio farmacoterapêutico para tratamento da dor nesses pacientes, objetivando o uso racional de medicamentos para manejo e controle da dor. Trata-se de um trabalho do tipo transversal, com dados secundários, realizado em 21 unidades da APS de Campo Grande/MS. Foram analisados 839 formulários de consultas farmacêuticas do período de abril/2016 a agosto/2019. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 112 consultas. A maioria das consultas foram do sexo feminino 87,50% e estavam nas faixas etárias de 60-69 anos e 70-79 anos (45,92% ambas), 62,5% possuíam até Ensino Fundamental, eram do lar (58,18%), e a origem da consulta ocorreu por meio da busca ativa (67,86%). Verificou que 14,41% dos idosos ingeriam bebida alcoólica e fumavam frequentemente (12,61%), 41,82% são obesos. No autorelato da dor, temos que 55,36% queixou-se de dor de cabeça, acompanhado pela dor muscular 17,86%. Na caracterização farmacoterapêutica verificou que 58,04% utilizavam medicamentos caseiros como terapia alternativa e 73,02% relataram não se automedicar. Verificou que 32,99% são medicamentos para dor de uso contínuo, 26,80% utilizam protetores gástricos de forma contínua e 15,63% tem dificuldade no acesso, pela falta da medicação e 92% com problemas nas prescrições. Os medicamentos para dor aumentavam com a idade, 36,7% (60-69 anos), 38,5% (70-79 anos), 54,5% (80 anos ou mais). A análise dos dados permitiu a elaboração de um aplicativo voltado para auxiliar os profissionais de saúde e usuários quanto ao uso racional de medicamentos, sendo uma fonte de informação segura para prescritores e pacientes. Concluímos que através deste trabalho podemos auxiliar no tratamento e manejo da dor dos pacientes idosos atendidos na APS. Este manual será orientativo e informativo para que os profissionais tenham um rol de terapias disponibilizadas na APS de Campo Grande/MS, assim como o aplicativo que será uma ferramenta no auxílio do tratamento e uma fonte segura de informações medicamentosas para os pacientes, tendo em vista que o aplicativo será gerenciado por profissionais farmacêuticos.

Descritores: Manejo da dor, idoso, Dor Crônica, Dor Aguda, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família.

ABSTRACT

The Brazilian population is in an aging process, where there is an increase in chronic diseases, occurrence of polypharmacy, and the appearance of painful processes. This study aims to carry out a situational diagnosis regarding the pharmacoepidemiological profile of drugs used in the management and control of pain in elderly patients treated in Primary Health Care (PHC) in Campo Grande/MS. Develop a pharmacotherapeutic support manual for pain management in these patients, aiming at the rational use of medications for pain management and control. This is a cross-sectional study, with secondary data, carried out in 21 PHC units in Campo Grande/MS. 839 forms of pharmaceutical consultations from April/2016 to August/2019 were analyzed. After applying the inclusion and exclusion criteria, 112 consultations were selected. Most consultations were female 87.50% and were in the age groups of 60-69 years and 70-79 years (45.92% both), 62.5% had up to Elementary School, were housewives (58, 18%), and the origin of the query occurred through active search (67.86%). It found that 14.41% of the elderly drank alcohol and smoked frequently (12.61%), 41.82% are obese. In the self-report of pain, we have that 55.36% complained of headache, accompanied by muscle pain 17.86%. In the pharmacotherapeutic characterization, it was found that 58.04% used home medicines as alternative therapy and 73.02% reported not self-medicating. It was found that 32.99% are continuous use medications for pain, 26.80% use gastric protectors continuously, and 15.63% have difficulty in accessing them due to the lack of medication and 91.96% with prescription problems. Pain medications increased with age, 36.7% (60-69 years), 38.5% (70-79 years), 54.5% (80 years or more). Data analysis allowed the development of an application aimed at helping health professionals and users regarding the rational use of medicines, being a safe source of information for prescribers and patients. We conclude that through this work we can help in the treatment and management of pain in elderly patients seen in PHC. This manual will be guiding and informative so that professionals have a list of therapies available at the PHC in Campo Grande/MS, as well as the application that will be a tool to aid treatment and a safe source of drug information for patients, with a view to that the app will be managed by pharmaceutical professionals.

Descriptors: Pain management, elderly, Chronic Pain, Acute Pain, Primary Health Care, Family Health.

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Cascata simplificada do Ácido Araquidônico.....	Pág. 24
Figura 2 – Local de ação dos Anti-inflamatórios hormonais e AINES.....	Pág.26,88
Figura 3 – Capa do Aplicativo INFOMED®.....	Pág. 49
Figura 4 – Menu do APP INFOMED®.....	Pág. 50
Quadro 01 – Medicamentos padronizados da REMUME/2016 na APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 89
Quadro 02 – Risco de Perfuração, Obstrução e Sangramento (POS) – AINES.....	Pág. 93
Quadro 03 - Sugestão de inserção de AINES ao tratamento dos pacientes idosos na APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 93
Quadro 04 - Sugestão de inserção de Fármacos Opióides ao tratamento farmacológico à APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 94
Quadro 05 – Fármacos Adjuvantes padronizados na APS de de Campo Grande/MS.....	Pág. 95
Quadro 06 - Sugestão de inserção de fármacos adjuvantes ao Tratamento da APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 97
Quadro 07 – PIC’s disponíveis no BRASIL / SUS.....	Pág. 99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala Analgésica : Degraus do Tratamento da dor nociceptiva e mista.....	Pág.29,86
Tabela 2 – Frequência dos idosos estudados em relação ao sexo em Campo Grande/MS, no período de 04/2016 – 08/2019.....	Pág. 36
Tabela 3 – Caracterização da amostra dos pacientes idosos com dor Atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.....	Pág. 36
Tabela 4 – Caracterização Farmacoterapêutica em relação ao sexo dos 112 pacientes idosos com dor Atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.....	Pág. 40
Tabela 5 – Análise das Prescrições em relação ao sexo dos 112 pacientes idosos com dor Atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.....	Pág. 44
Tabela 6 – Uso de medicamentos por faixa etária dos 112 pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 45
Tabela 7 – Análise da Adesão ao tratamento dos 112 pacientes atendidos na APS de Campo Grande/MS.....	Pág. 46
Tabela 8 - Ajuste de Dose da Gabapentina, conforme o Clearance de Creatinina.....	Pág. 98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL.....	15
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	16
2.3 ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA DOR.....	18
2.3.1 Dor Crônica como um problema de Saúde Pública.....	20
2.4 MANEJO E CONTROLE DA DOR: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	21
2.4.1 Analgésicos.....	22
2.4.2 Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).....	23
2.4.3 Anti-inflamatório Hormonais (Corticóides).....	25
Figura 2 – Local de ação dos Anti-inflamatórios hormonais e AINES.....	26
2.4.4 Outras Classes de Medicamentos.....	27
2.5 Tratamento não Farmacológico.....	29
2.6 Estratégias de melhoria no cuidado aos idosos com dor na APS.....	30
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos:.....	32
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	33
4.4 POPULAÇÃO.....	34
4.5 TAMANHO DA AMOSTRA.....	34
4.6 DELINEAMENTO DA COLETA DE DADOS.....	35
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSSÃO.....	50
7. CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A -TERMO DE ANUÊNCIA.....	71
APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados.....	73
APÊNDICE C – FÁRMACOS PRESCRITOS CONFORME CLASSIFICAÇÃO ATC NO 1º E 2º NÍVEL.....	75
APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	78
APENDICE E - MANUAL ORIENTATIVO.....	82

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como a maioria dos países da América Latina, vem sofrendo um processo de envelhecimento de sua população. Essa transição demográfica é caracterizada pelo aumento da perspectiva de vida e redução da natalidade.

Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com 7,2% da população. (IBGE, 2017).

Já no estado do Mato Grosso do Sul temos 9,19% da população do estado com pessoas de 65 anos ou mais, e um índice de envelhecimento de 40,71 em comparação com o país, onde encontramos 49,51 desse mesmo índice. (IBGE, 2021)

LIMA *et al.* (2016) afirmam que, com o aumento da população idosa novos desafios surgem aos serviços e aos profissionais de saúde, demandando uma atenção e cuidado diferenciado, assim como onerando os sistemas de saúde, seja ele privado ou público. O envelhecimento acomete órgãos e tecidos, elevando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como: hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes mellitus, entre outras, que demandam acompanhamento contínuo, exames periódicos e tratamento medicamentoso de uso prolongado.

As DCNT no idoso demandam um preparo diferencial do sistema de saúde, dos profissionais e de toda rede de Atenção Primária de Saúde (APS), pois o idoso com suas peculiaridades fisiológicas podem apresentar outras condições associadas, dentre elas pode-se citar a dor, tornando ainda mais delicada a situação desse paciente.

As causas de adoecimento e morte no idoso são de etiologia multifatorial e funcional o que se soma a utilização de grande variedade e disponibilidade de especialidades de classes de fármacos que estão disponíveis na indústria farmacêutica. O aumento no consumo de medicamentos nessa população é decorrente da prevalência de condições crônicas, da fisiologia do envelhecimento, da influência da indústria farmacêutica na prescrição e da medicalização presente na formação de profissionais da saúde. (LIMA; *et al.*, 2016)

Devido a essas peculiaridades fisiológicas do idoso, pode ocorrer a tendência da polifarmácia, ou seja, o uso de vários tipos de fármacos para a mesma doença ou para várias doenças distintas.

Quando o assunto é polifarmácia, ELY e colaboradores (2015), afirmam que a polifarmácia está diretamente ligada ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos. O aumento do

consumo de medicamentos acompanha a tendência do envelhecimento populacional, constituindo uma situação de normalidade na clínica médica.

Entretanto, a introdução de um número crescente de especialidades farmacológicas e de diferentes terapias apresenta como consequência, os frequentes problemas da farmacoterapia (reações adversas, interações medicamentosas, utilização errada, tratamento inadequado, automedicação, etc.) e, ainda, com maiores agravos em face dos processos patológicos e das mudanças fisiológicas próprias da idade. (ELY; *et.al.*,2015).

Conforme, MONTEIRO, AZEVEDO e BELFORT,(2014), os medicamentos representam um dos itens mais importantes à saúde do idoso e necessitam de atenção especial. A automedicação nessa faixa etária é muito comum e constitui um importante fator de risco para a saúde desses pacientes. O idoso possui características fisiológicas que aumentam o risco a saúde do mesmo, tais como: alterações de massa corporal, diminuição da proporção de água, diminuição das taxas de excreção renal e do metabolismo hepático (influenciando na eliminação do metabólito, no acúmulo de substâncias tóxicas no organismo, e tendo como consequência a produção de reações adversas).

O risco de reações adversas a medicamentos (RAM) é de 13% quando o indivíduo consome dois medicamentos, 58% quando utiliza cinco medicamentos e sobe para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos. (LIMA; *et al.*; 2016)

Por meio desses dados, pode-se evidenciar a vulnerabilidade do idoso, pois, além da polifarmácia, a automedicação surge como uma alternativa terapêutica, tornando-o suscetível a eventos adversos, colocando a própria saúde em risco, podendo levar a complicações e piorando sua qualidade de vida.

A formação dos profissionais de saúde no Brasil é voltada principalmente para o tratamento farmacológico, e isso acaba influenciando de forma negativa no tratamento e manejo do paciente idoso, onde deixa-se de optar por outras alternativas terapêuticas com menores efeitos colaterais nesses pacientes, tais como a utilização das Práticas Integrativas Continuadas.

A dor é um dos principais fatores que limitam o idoso a manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente sua qualidade de vida, prejudicando, de alguma forma, a realização das atividades cotidianas, bem como restringindo a convivência social, podendo conduzir ao isolamento social.(VILELA, *et.al.*; 2017)

Como visto anteriormente as DCNT que estão presente na maioria desses pacientes também é um fator muito importante de relato de dor.

Esta dissertação justifica-se devido a alta prevalência de dor, na polimedicação e automedicação encontrada nesses pacientes. Podemos verificar que há uma falta de padronização no atendimento do idoso, assim como um não tratamento adequado, ocorrendo medicamentos contraindicados, erros em subdose, falta de adesão do paciente. Outro fator que justifica esse projeto é o desconhecimento dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis na APS de Campo Grande/MS, assim como no SUS.

Essa dissertação tem como objetivo geral realizar um diagnóstico situacional referente ao perfil farmacoepidemiológico dos medicamentos utilizados no manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa (acima de 60 anos) deve dobrar no país até o ano de 2042. O país tinha 28 milhões de idosos no ano de 2017, ou 13,5% do total da população geral. Em dez anos, essa população passará para 38,5 milhões de habitantes, ou seja, um total de 17,4% do total de habitantes no Brasil. Ainda segundo essa mesma projeção, em 2042, a população brasileira atingirá 232,5 milhões de habitantes, sendo que, aproximadamente 57 milhões somente de pessoas idosas. Em 2031, teremos 42,3 milhões de crianças e adolescentes (0 a 14 anos), enquanto que o número de idosos, pela primeira vez, irá superar esta marca com 43,2 milhões. Conforme esta estimativa, antes de 2050, os idosos já serão a maior parcela da população brasileira. (IBGE,2017).

Segundo dados do IBGE (2016), para o conjunto dos países mais desenvolvidos essa transição já ocorreu, aproximadamente entre os anos de 1952 e 2014, levando aproximadamente 62 anos e sendo mais suave do que o tempo da transição esperada para o Brasil.

Diante dessas perspectivas várias ações sociais vem sendo implantadas, tais como o estatuto do idoso, onde o artigo 3º da Lei n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003, (Estatuto do Idoso) dispõe “(...) *que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar.*” (BRASIL, 2003).

Segundo, VIEIRA & VIEIRA, (2016), deve ser destacado que esse novo arcabouço acerca dos direitos dos idosos reflete a mudança demográfica que vem ocorrendo no Brasil, que, por sua vez, impele o Estado a repensar suas ações na área de saúde para essa nova realidade.

O Brasil está em um processo de envelhecimento da população, devendo repensar muitas das estratégias e políticas utilizadas na saúde, principalmente aquelas indicadas para essa nova gama crescente da população brasileira, os idosos. Esses pacientes na maioria das vezes são polimedicados, com várias Condições Crônicas associadas e outras características próprias, onde a avaliação humanizada do profissional de saúde é de suma importância para uma melhor qualidade de vida desse paciente.

Com o aumento substancial da população idosa, torna-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que contribuam para a promoção e prevenção de doenças. Esta promoção a saúde tem como objetivo melhorar a condição de vida desses pacientes idosos. Para que seja alcançado esse objetivo o trabalho multidisciplinar pode contribuir para a melhora dessa qualidade de vida no envelhecimento. (LELES; CARLOS; PAUIN; 2018)

O Plano Anual de Saúde (PNS), mais precisamente na sua diretriz quinta, que garante a atenção à saúde de forma integral das pessoas idosas e daqueles portadores de doenças crônicas, com o intuito de realizar um estímulo ao envelhecimento ativo e ao aumento da promoção e educação em saúde desse público. O autocuidado e a integração dos familiares com a saúde do paciente idoso. Esse plano destacou diversas alternativas que contribuiriam para o bem estar do idoso, tais como: fortalecimento da acessibilidade e acolhimento desse paciente, fortalecimento na ação de promoção de saúde do envelhecimento sustentável, saudável e ativo com foco na APS, linha de cuidado nas DCNT, assegurando estratégias para o enfrentamento, fortalecimento da Atenção farmacêutica, com ampliação dos serviços para esses pacientes aos diversos cuidados que este profissional pode ofertar, relação da referência e contrareferência dentro do próprio Sistema Único de Saúde. (VANZELLA, E. *et.al.*, 2017).

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

O aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma das principais características do atual processo de envelhecimento populacional. Dados nacionais apontam que as DCNT elevam-se em idosos e respondem por 66,3% das patologias, enquanto as doenças infecciosas por 23,5% e causas externas por 10,2%. (ELY, *et.al.*, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as DCNT não são caracterizadas como doenças transmissíveis, sendo as principais DCNT: doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e o câncer. As DCNT são um dos principais fatores de mortalidade no Brasil; iniciando de forma silenciosa e gerando mudanças fisiológicas, alterando a capacidade física, social e familiar. O sedentarismo e o stress colaboram para o aumento do percentual dessas doenças, mas várias DCNT podem ser prevenidas, por meio de utilização de hábitos saudáveis, alimentação correta e prática de exercícios físicos regularmente. (PEREIRA, 2017)

Conforme CAMPOS (2013), as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas DCNT são ocupantes das primeiras posições de mortalidade no mundo, independente do grau de desenvolvimento. Projeções para o ano de 2020 revelaram que a mortalidade por doenças crônico-degenerativas representará 73% dos óbitos no mundo. O aumento da longevidade populacional chama particular atenção por sua ocorrência de modo acelerado, aumentando também a probabilidade de expressão das enfermidades crônicas, que geralmente se manifestam em idades mais avançadas.

No Brasil, ocorreu uma redução de 20% na mortalidade de DCNT, ainda assim as DCNT são as maiores causadoras de morte. Visando ampliar o comprometimento do Brasil com o tema, após amplo processo de consulta a diversos setores, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, definindo ações e investimentos necessários para o enfrentamento das DCNT e seus multifatores de riscos para a próxima década. (MALTA, *et.al.*, 2014).

Verificamos que o envelhecimento populacional acompanha o aparecimento das DCNT e a maioria dessas condições crônicas resultam no surgimento de processos dolorosos, e na maioria das vezes de forma crônica.

Conforme CIOLA, *et.al.*, 2020, os estudos sobre dor crônica em idosos no Brasil são na maioria do tipo transversal e mostram uma prevalência de 29,3% para presença de dor e uma frequência de 73,3% para o sexo feminino.

KAISER, *et.al.* (2014), determinou a prevalência da dor crônica em idosos e caracterizou-a quanto ao local, intensidade, duração, frequência do episódio e horário preferencial. Para isso, o autor utilizou uma amostra de 451 idosos, onde foi estudada e constatada que a prevalência de dor crônica era de 51,44% dos casos. Os locais das dores mais frequentes foram: região dorsal (21,73%) e membros inferiores (21,5%). A dor na região dorsal foi descrita como diária (31,63%), contínua ou com duração entre 1 e 6 horas

(19,39%), leve (50%) e sem horário preferencial (56,12%). Dor nos membros inferiores foi descrita como diária (42,27%), com duração variável (32,99%) ou contínua (22,68%), leve (53,61%) e sem horário preferencial (48,45%).

Pode-se entender que o paciente idoso tem uma alta prevalência de dor, em diversas localidades no corpo e com uma duração longa e contínua, o que pode caracterizar a cronicidade dessa dor.

No próprio estudo aponta que nas diversas regiões onde foi relatado dor, a mesma possui uma frequência diária. E associada a essa dor temos ainda o aparecimento das DCNT, que acomete uma grande parcela desses pacientes idosos, e que gera fatores que podem prejudicar a qualidade de vida do idoso, tais como: RAM, interações medicamentosas, automedicação, polifarmácia, entre outros.

2.3 ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA DOR

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, podendo ser aguda (duração inferior a 12 semanas) ou crônica (duração superior a 12 semanas), com mecanismos fisiopatológicos diversos. Suas consequências são multidimensionais, alterando variáveis fisiológicas, psicológicas, funcionais e sociais do indivíduo. (OLIVÊNCIA, *et.al.*; 2018)

ELY, *et.al.*, 2015 apresentaram que 80 a 85% dos indivíduos idosos apresentam, pelo menos um problema de saúde, que predispõe o paciente a dor. Ela afirmam que esta dor, devido as suas características difusas, deve ser tratada utilizando todas as alternativas terapêuticas disponíveis, e isso inclui o tratamento farmacológico (uso de medicamentos) e o não-farmacológico (fisioterapia, auriculoterapia, entre outros), sempre com o apoio de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional.

O paciente idoso está sujeito há diversas condições clínicas não transmissíveis, e isso acarretou no aumento do número de medicamentos e de profissionais especializados em seu atendimento. Estudos farmacoepidemiológicos nas principais cidades do Brasil demonstram que a prevalência de uso de medicamentos nos pacientes idosos é de cerca de 70-92%, com uma média estimada de cinco medicamentos por paciente nessa faixa etária. O uso concomitante de diversos medicamentos contribui para o aparecimento das reações adversas, muitas vezes induzindo o paciente a desistir no uso da medicação. Pensando no paciente

idoso, temos mais um complicador, pois diversas das DCNT's, já descritas, podem elevar a prevalência no aparecimento de dores pelo corpo. (ELY, *et.al.*,2015).

Devido às características do paciente idoso, alteração fisiológica de vários sistemas corporais, senilidade, aspectos cognitivos, DCNT associadas, pode interferir no comportamento da dor e seu manejo. Devido a esses fatores o idoso tende a ser mais susceptível aos efeitos do tratamento farmacológico, pois, como visto anteriormente, aumenta o risco de reações adversas. (OLIVÊNCIA, *et.al.*,2018).

O Consenso Brasileiro e Americano de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, relatam que os pacientes idosos são duas vezes mais propensos a efeitos adversos, que pacientes jovens. Associado a esses fatores tem-se a polifarmácia, um dos aspectos mais preocupantes em relação às terapias medicamentosas em idosos. (OLIVÊNCIA, *et.al.*,2018).

Segundo BARCELLOS e THÉ, (2018), estimam-se que 20 a 50% dos idosos têm importantes problemas dolorosos e esse número aumenta para 45 a 80% em pacientes institucionalizados, podendo ser ainda maior nos hospitalizados, com a dor sendo sub-reconhecida e subtratada em grande parte dos casos.

Outros estudos mostram que mais de 50% dos pacientes idosos não recebem o controle adequado da dor e mais de 25% morrem sem obter o seu controle. (BARCELLOS, THÉ, 2018).

A dor crônica é caracterizada por duração maior que o natural para a cura de uma lesão, ou está associada com alguma doença crônica. O que ocasiona dor de forma frequente e recorrente, com duração de meses ou até mesmo pela vida toda do paciente. A dor crônica é um problema não somente para o paciente, mas também para a sociedade e sua família, pois incha os sistemas de saúde, aumenta a morbidade e piorando a qualidade de vida da pessoa e daqueles que convivem com ele. A dor crônica pode estar associada há diversos fatores, tais como: depressão, isolamento e incapacidade física e as vezes funcional. Todos esses fatores associados a dor, podem trazer um problema muito grave para este paciente, prejudicando de forma grave sua qualidade de vida. (SANTOS, *et.al.*, 2015)

A incidência/prevalência de dor crônica entre os pacientes idosos varia de 29,7 a 89,9% e essa dor em idoso é relatada como sendo de intensidade moderada a elevada e normalmente localizado nos membros inferiores e superiores, região lombar, pescoço, articulações, quadril, entre outras. A autopercepção do estado de saúde geral é prejudicada quando o paciente convive com a dor crônica. Existe uma relação entre o tempo prolongado, intensidade elevada e a ocorrência dessa dor, na população idosa. (PEREIRA, *et.al.*; 2014).

2.3.1 Dor Crônica como um problema de Saúde Pública

A Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde sugeriram como parte do tratamento de síndromes dolorosas, a avaliação psicológica. Justifica-se devido à complexidade envolvida nessa condição. Eles afirmam que há necessidade de produzir mais conhecimentos sobre a etiologia das dores lombares, para que o tratamento seja mais eficaz. (CRUZ; SARDA, JR., 2003). Os autores afirmam que as condições dolorosas fazem parte de componentes sensorial, motivacional, afetivo e cognitivo. Estas informações ampliam o leque de possibilidades, quando o assunto é dor, enfatizando a importância dos aspectos emocionais na etiologia do processo doloroso.

Pode-se definir que os aspectos psíquicos estão envolvidos na etiologia da dor, além dos aspectos neurofisiológicos e químicos da nocicepção. E que esses aspectos psíquicos são influenciados por componentes sociais, familiares e culturais.

Segundo PEREIRA, RABELLO, (2003), “... é uma experiência inegavelmente de ordem subjetiva, que não reflete somente a percepção cerebral do impulso nervoso advindo do tecido agredido, representa a intersecção entre o somático e psíquico...” Eles afirmam que o processo doloroso envolve aspectos dos receptores nociceptivos, fisiológico (fatores objetivos), em associação com os fenômenos emocionais do ser humano (fatores subjetivos).

BUDÓ, *et.al.*(2007) afirmam que, diversas culturas já compreendem esse processo emocional como fator determinante da dor, conseguindo muitas vezes determinar a intensidade dessa dor e o seu grau de aceitação pelo indivíduo. O profissional de saúde deve estar atento para o componente emocional, toda vez que for prestar assistência a esta condição dolorosa. O componente emocional, por se tratar de um estado subjetivo, fica muito difícil sua medição, inclusive sua associação ao processo fisiológico, no qual o paciente está passando. Por isso é de grande importância a avaliação da queixa dolorosa de forma ampliada, considerando o sofrimento crônico/psíquico/emocional, pois este sofrimento pode levar à depressão e a pensamentos suicidas.

Esta situação pode complicar ainda mais o manejo da dor de cunho emocional, levando muitas vezes o paciente à utilização de medicamentos de forma desnecessária, a automedicação, comprometendo sua integridade física e de outras pessoas que o cercam.

Na década de 60 surgiu a Teoria da Comporta da Dor, de Melzak e Wall, que explica a integração dos estímulos periféricos com os processos fisiológicos e afetivos. Conforme esta

teoria, o impulso periférico projeta-se na medula espinal, e este para estruturas do sistema nervoso central, tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex cerebral, resultando na associação de dor com as experiências já vivenciadas pelo indivíduo. Outra teoria que é muito estudada e divulgada principalmente em pacientes com dores crônicas, é a Teoria Cognitivo-Comportamental, na qual demonstra a importância de se conhecer o componente emocional, comportamentos e atitudes, para a busca do controle e manejo da dor, resultando no bem estar e melhorando a qualidade de vida do paciente. (SALVETTI, PIMENTA, 2007).

Pesquisadores estão estudando a utilização de técnicas para mapeamento cerebral em pacientes com queixa de dor e consciência, para a investigação das bases neurais da experiência sensorial e emocional da dor. Esta percepção da atividade neural tem evidenciado como o cérebro processa a sensação dolorosa, permite também a mensuração dos múltiplos fatores dolorosos, assim como a determinação dos aspectos da experiência da dor. (SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2011).

Podemos perceber que o componente emocional pode influenciar na quantificação e qualificação dessa dor. É um componente importante e que muitas vezes é negligenciado pelo profissional durante a conduta e manejo da dor. Diversos autores corroboram para esta linha emocional como componente da dor, e inclusive, como já foi descrito anteriormente, tem-se pesquisas e técnicas que estão sendo utilizadas para uma maior compreensão e associação dos fenômenos emocionais e fisiológicos da dor.

2.4 MANEJO E CONTROLE DA DOR: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Vamos abordar nesse tópico o tratamento farmacológico para dor utilizado pela Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS (SESAU), utilizando para isso a última Relação Municipal de Campo Grande/MS – REMUME, do ano de 2016.

Como o foco principal desse trabalho são os pacientes idosos da APS, vamos utilizar o tópico da REMUME/2016, que se refere às Unidades Básicas de Saúde da Família com presença de farmacêutico.

A Resolução / SESAU n.º 333 de 15 de março de 2017, “... *dispõe sobre a Relação Municipal de Medicamentos do Município de Campo Grande/MS – REMUME 2016, e da outras Providências...*”.

Ainda segundo esta Resolução, temos o Anexo VI, onde se trata da Lista de Medicamentos Padronizados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da

Família, com a presença de farmacêuticos. Neste Anexo temos a presença de algumas classes de medicamentos utilizados para o tratamento da dor, são eles: Anti-inflamatórios não Esteroidais (AINES), Anti-inflamatórios Esteroides (corticóides), analgésicos, medicamentos sujeitos a controle especial, entre outras classes. Vamos classificar brevemente cada classe de medicamentos, e seus representantes que estão disponíveis na REMUME 2016.

2.4.1 Analgésicos

Um tratamento para que seja considerado efetivo, deve ser aquele que irá conseguir como resultado a diminuição ou cessação daquele sintoma, sem que ocorra, ou que ocorra, o mínimo de dano possível para o paciente. Para que esse sucesso seja alcançado, devemos identificar o fator determinante desse sintoma, e aliar ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico, mais seguro e efetivo. O paciente com dor deve ser avaliado de forma que sejam considerados todos os fatores, avaliando não apenas a dor, mas sim, todo o contexto que envolve esse momento álgico.

DADALT & EIZERIK, (2013), recomenda para avaliação da intensidade da dor escalas numéricas e descritores verbais. Eles quantificaram o momento doloroso em uma escala simples de zero a dez, onde zero representa ausência de dor e dez a pior dor imaginável. Segundo os autores esta escala é muito utilizada para o reajuste terapêutico.

Os medicamentos analgésicos utilizados na APS de Campo Grande/MS são elencados da seguinte forma: Dipirona 500 mg/ml, nas apresentações de gotas e injetável e paracetamol 500 mg, na apresentação de comprimido e paracetamol 200mg/ml, na apresentação gotas.

Tanto o Paracetamol como a dipirona tem como função principal a cessação da dor, função analgésica e ambos têm um efeito antipirético, ou seja, redução da temperatura corporal.

Conforme a bula da NOVALGINA®, cujo princípio ativo é a Dipirona, é classificada como um antitérmico e analgésico de fraca a moderada potência. Possui como principais mecanismos de ação: a inibição da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central; dessensibilização dos nociceptores periféricos, com provável envolvimento da atividade via óxido nítrico no nociceptor, e uma pequena atividade de inibição COX. Tem ação rápida, em torno de 30 a 60 minutos, e normalmente de quatro a seis horas de duração do seu efeito analgésico.

A dipirona é um medicamento muito utilizado no país, esse fato deve ocorrer por se tratar de um medicamento isento de prescrição médica, ou seja, não necessita de prescrição

médica para a aquisição na drogaria, o que a torna um medicamento utilizado de forma banalizada.

Todos esses fatores corroboram para que este medicamento seja extremamente perigoso/danoso para a saúde do paciente. Ela deve ser utilizada com cautela e orientação do profissional de saúde.

A Resolução 586 de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, dispõe “... sobre a prescrição farmacêutica, dos medicamentos isentos de prescrição médica (MIP’s)...”. Através desta resolução o Conselho Federal de Farmácia (CFF), tira da informalidade da sugestão farmacêutica (indicação que o profissional fazia na maioria dos casos), e o coloca na formalidade da prescrição. É um ganho para o paciente, pois ao mesmo tempo em que responsabiliza o profissional, dá maior segurança ao usuário, pois o mesmo sairá da drogaria portando um documento com todas as orientações pertinentes (prescrição farmacêutica).

Já o paracetamol é um medicamento utilizado para dores leves a moderadas, com ação antipirética e analgésica e baixa potência anti-inflamatória, dose-dependente. Atua no Sistema Nervoso Central (SNC) regulando a temperatura corporal e também diminuindo a sensibilidade para o estado doloroso. Tem como principais efeitos colaterais: urticária, coceira, vermelhidão no corpo, reações alérgicas, problemas hepáticos (aumento das transaminases), anorexia, náusea, vômito, sudorese intensa, palidez e mal-estar geral. (Bula TYLENOL; 2015)

Apesar de ser considerado um medicamento seguro, podemos observar alguns efeitos indesejáveis que se tornam perigosos em pacientes idosos, principalmente os problemas hepáticos, pois teoricamente, o paciente idoso já está em processo de falência hepática, ainda mais, que o mesmo na maioria das vezes já é polimedicado, podendo levar a diversas interações farmacológicas.

2.4.2 Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)

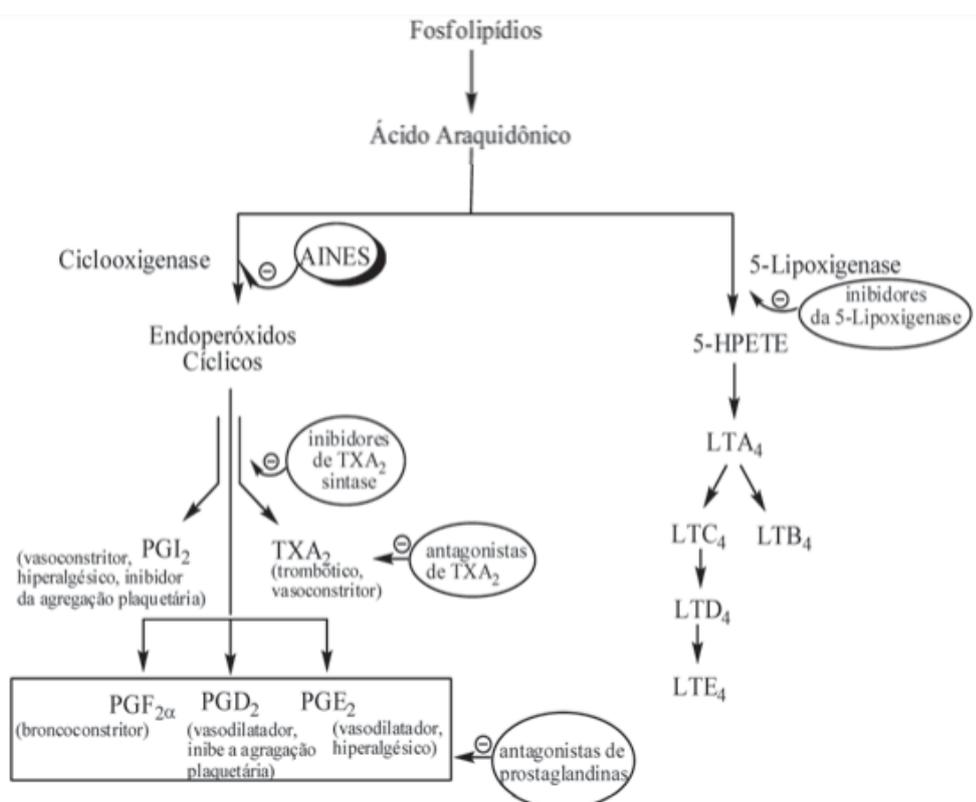
Os anti-inflamatórios conhecidos hoje na prática médica são divididos em anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e anti-inflamatórios esteroidais, corticóides ou hormonais, sendo que esses últimos podem ser endógenos, produzidos e encontrados pelo próprio organismo ou exógenos, produzidos e encontrados de forma artificial/química.

Os AINES realizam a ação anti-inflamatória através da inibição da enzima ciclooxigenase (COX). Através dessa inibição ocorre também a redução das prostaglandinas e

consequentemente a redução do processo inflamatório. A COX possui duas isoformas a COX-1 e a COX-2. Normalmente a os AINES inibem as duas isoformas da COX. (MURI, SPOSITO, METSAVAHT, 2009). Segundo os autores, acredita-se que AINES inibidores específicos da COX-2 agiriam no processo inflamatório, diminuindo a inflamação, sem ocasionar os efeitos colaterais gástricos, que são tão proeminentes nos inibidores da COX-1.

Tem-se disponível, conforme a REMUME/2016, os seguintes AINES: Ácido Acetilsalicílico 100 mg, Diclofenaco de sódio 25mg/ml, Ibuprofeno 50mg/ml e Ibuprofeno 600 mg, Cetoprofeno 100 mg EV.

Figura 1 – Cascata simplificada do Ácido Araquidônico.



Fonte: MURI; SPOSITO; METSAVAHT; 2009.

O AAS é um medicamento do grupo dos AINES, com ação anti-inflamatória, antipirética e analgésica. Ele atua na Ciclooxygenase (COX), realizando sua inibição de forma irreversível e consequentemente ocorre à inibição de todos os cofatores produzidos pela COX. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004).

O AAS deve ser utilizado com cautela, pois pode ocorrer risco de sangramento, problemas hepáticos, gástricos, risco aumentando de hemólise, podendo ocasionar anemia, principalmente em associação a outros fármacos, pode desencadear ataques asmáticos, através de broncoespasmos, também interfere na excreção do ácido úrico, ocasionando aumento sérico do mesmo, e levando ao aparecimento de gota. (ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, Bula,

2015). É uma medicação amplamente utilizada no país, principalmente como protetor para eventos cardiorrespiratórios. Na prática clínica é notável que essa utilização na grande maioria ocorra em pacientes idosos. O uso de AAS em paciente com dengue pode elevar o risco de hemorragias, agravando e muito a condição do paciente, podendo inclusive levar a óbito.

Outro AINEs muito utilizado é o Diclofenaco, sendo um AINES não seletivo COX₁ e COX₂, e muito utilizado na prática clínica para o tratamento da dor, inflamação e antirreumático. O diclofenaco é o AINE mais utilizado, sendo oitavo medicamento mais utilizado no mundo. Este medicamento sofre intenso efeito de primeira passagem, em torno de 60%, quando utilizado por via oral. (GELLER, *et.al.*, 2012)

Seus principais efeitos deletérios são: vertigem, hipertensão, distúrbios gastrointestinais, distúrbios hepatobiliares, rash cutâneo, entre outros. (DICLOFENADO SÓDICO, Bula, 2015).

O último representante dos AINES na APS é o Ibuprofeno, sendo classificado com um AINE não seletivo COX₁ e COX₂, portanto compartilha diversas similaridades com os outros AINES já descritos. O Ibuprofeno é utilizado no alívio sintomático da dor de cefaleias, mialgias, artrite reumatoide, osteoartrite, dismenorreia primária, traumatismos como entorses, luxações e fraturas, febre e alívio da dor aguda ou crônica associada à reação inflamatória. (SEABRA, 2015). As principais reações adversas são: Sistema nervoso central: tontura; Pele: rash cutâneo; Sistema gastrintestinal: epigastralgia; náuseas. (IBUPROFENO, Bula, 2015).

2.4.3 Anti-inflamatório Hormonais (Corticóides)

Os anti-inflamatórios esteroidais / hormonais são divididos em anti-inflamatórios endógenos e exógenos. Os glicocorticóides são hormônios esteróides endógenos, produzidos no córtex da glândula adrenal. Estes glicocorticóides endógenos se apresentam em maior concentração pela manhã e reduzindo no período noturno, em pacientes normais, que dormem no período noturno. Sua produção é influenciada por diversos fatores externos, tais como: fatores psicológicos, certos estímulos, calor, frio, lesões teciduais e infecções. Já os glicocorticóides exógenos são aqueles sintetizados pela indústria farmacêutica, e apresentam grande similaridade com os endógenos. (BAVARESCO, BERNARDI, BATTASTINI, 2005).

Os anti-inflamatórios hormonais atuam em diversos processos metabólicos do organismo, por isso desempenham diversos papéis dentro do corpo humano. Eles atuam antagonizando ações da insulina periférica, tendo ação diabetogênica, atuam no metabolismo lipídico, alterando a redistribuição dos tecidos adiposos no corpo, promove desgaste protéico,

umentam a perda óssea, entre outros efeitos adversos. É uma classe de medicamento amplamente utilizada na prática clínica, devido principalmente aos seus efeitos anti-inflamatórios, imunossupressor e antialérgico. (ANTONOW, MONTEIRO, ARAUJO, 2007).

Os glicocorticóides podem reduzir ou suprimir a inflamação através da resposta a diversos eventos desencadeantes, tais como: estímulos de radiações, mecânicos, químicos, infecciosos e imunes. Eles inibem a produção de diversos fatores por diferentes células, os quais são importantes para a geração do estímulo inflamatório. Conseqüentemente ocorre à liberação reduzida das enzimas lipolíticas e proteolíticas, diminuição de fatores vasoativos e quimioatraentes, diminuição da fibrose, do extravasamento de leucócitos para a região onde está a lesão/inflamação. (GOODMAN, 2012).

Figura 2 – Local de ação dos Anti-inflamatórios hormonais e AINES.



Fonte: SERENIKI, VITAL, 2008.

Na REMUME/206, mais precisamente na APS, têm-se disponível os seguintes medicamentos: Dexametasona, Prednisona.

A prednisona é disponível nas apresentações de 5 mg e 20 mg comprimidos. A prednisona não possui ação farmacológica, ela depende da ação hepática para a transformação no seu metabólito ativo, a prednisolona. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA-CFF, 2012).

Portanto, a prednisona é um pró-fármaco, pois não possui ação farmacológica, inerte, e depende ao mesmo tempo de uma boa capacidade do fígado em biotransformá-la, na sua forma ativa. A utilização de uma droga ou outra vai depender principalmente, da função

hepática do indivíduo, ou seja, sua utilização no paciente idoso pode ser prejudicada, principalmente pelas características fisiológicas do mesmo.

A prednisona compartilha os mesmos efeitos adversos de outros anti-inflamatórios hormonais, sendo os principais: osteoporose, fraqueza muscular, distensão abdominal, dificuldade na cicatrização de feridas, entre outros.

2.4.4 Outras Classes de Medicamentos

Além das classes de medicamentos já citados, temos outras classes de medicações utilizadas para o tratamento da dor, temos para dores abdominais, os protetores gástricos, antimuscarínicos e para dores nevrálgicas, e que estão disponíveis na REMUME/2016, são eles: Omeprazol 20 mg, Ranitidina 150 mg, Brometo de Escopolaminha 10 mg, Amitriptilina 25 mg Comprimido, Carbamazepina 20 mg/ml Frasco, Carbamazepina 200 mg Comprimido, Fenitoína 100 mg Comprimido, Fenobarbital 100 mg Comprimido, Fenobarbital 40 mg/ml, Fluoxetina 20 mg Cápsula/Comprimido, Imipramina 25 mg Comprimido, Levomepromazina 25 mg Comprimido, Nortriptilina 25 mg Cápsula.

Como se observa, alguns estes medicamentos estão incluídos na Portaria 344/1998 de 12 de maio de 1998, que “... *Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial...*”.

Alguns destes fármacos estão associados normalmente ao tratamento de dores neurálgicas, normalmente do nervo trigêmeo. A neuralgia do trigêmeo é caracterizada por dor excrucicante nos lábios, gengivas, queixo, bochechas e raramente na região inervada do quinto par craniano. (ALVEZ, AZEVEDO, CARVALHO, 2004).

Outro fator que deve ser considerado é que o paciente com dor crônica, caso não trate, pode acarretar problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade. Por esta razão estes medicamentos são inseridos como medicamentos adjuvantes ao tratamento convencional farmacológico (analgésicos, anti-inflamatórios) e ao tratamento convencional não farmacológico (auriculoterapia, fisioterapia, etc.).

Outra indicação muito usual para estes medicamentos é no tratamento da dor neuropática, onde se utiliza os medicamentos antidepressivos tricíclicos (p.ex. Amitriptilina) e os anticonvulsivantes e antiepilépticos na maioria dos casos. Sendo os antidepressivos tricíclicos os de primeira escolha, não possuindo diferença a termo de potência entre os membros deste grupo. (BRASIL, 2012)

Ainda segundo BRASIL, (2012), os antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina, não tem definida a atuação na dor neuropática, mas estudos demonstram que esta classe é bem eficaz nessa condição de dor neuropática, podendo ser utilizada com êxito. Um exemplo disso foi um estudo onde se comparou a eficácia da fluoxetina (20mg/dia) em comparação a amitriptilina (50-75 mg/dia) no tratamento de dor lombar, obtendo um resultado de 80% de alívio de bom a moderado da dor no grupo com amitriptilina e 77% no grupo que utilizou a fluoxetina. Esse estudo demonstra que ambas as classes terapêuticas tem um bom resultado no tratamento da dor, sendo uma diferença mínima entre elas.

Já os anticonvulsivantes e antiepiléticos por agirem em GABA, são usualmente utilizados para dores neuropáticas, neuralgia do trigêmeo. Deve-se ter um cuidado especial, principalmente nos pacientes idosos, pois são medicamentos indutores enzimáticos, ou seja, eles induzem/aumentam a biotransformação hepática, influenciando no metabolismo de diversos fármacos. (CORDIOLI, 2005).

É uma situação delicada a dor no paciente idoso, ainda mais em relação aos medicamentos, pois praticamente todos eles interferem em algum grau com a medicação de uso contínuo das DCNT. Outro exemplo de medicamento utilizado para o tratamento da dor é a levomepromazina. Este medicamento bloqueia os receptores dopaminérgicos nos sistemas mesolímbico e mesofrontal, atua também nos receptores muscarínicos, histamínicos, noradrenérgicos e serotoninérgico. Possui intensa ação sedativa, moderada ação anticolinérgica. (CORDIOLI, 2005). Este medicamento não é muito utilizado para o tratamento da dor, mas é uma possibilidade de tratamento de forma adjuvante ao tratamento principal, como explicado anteriormente.

Um grande problema no uso dos protetores gástrico é que esses medicamentos acabam alterando o pH gástrico, tornando-o mais alcalino e com isso atrapalhando a absorção de inúmeros fármacos e nutrientes, dentre eles os medicamentos de uso contínuo e os medicamentos utilizados para a dor. Por isso seu uso deve ser com cautela, principalmente na população idosa.

Outra classe bastante utilizada é dos anestésicos locais. Eles ligam-se aos canais de sódio anormais suprimindo sua atividade anormal, portanto cessam a dor localmente. A redução das descargas ectópicas dos nervos somáticos superficiais pode aliviar a dor de caráter neuropático. (FLORES, de CASTRO, NASCIMENTO, 2012). Tudo isso sem a perda da consciência do paciente, o que se torna em um fator muito importante.

Conforme a relação municipal, temos apenas a medicação Lidocaína bisnaga e ampola padronizadas na APS. E são mais utilizados para procedimentos e técnicas da equipe de

enfermagem, como por exemplo: Passagem de sondas; aplicação de medicação intramuscular; e pequenas cirurgias e pequenos procedimentos cirúrgicos médicos e odontológicos, de menor complexidade.

Conforme BRASIL, 2012, no protocolo e diretrizes terapêuticas para dor crônica, temos que seguir uma escala de degraus analgésica, seguindo a recomendação da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde). Este mesmo protocolo, relata que dentro do mesmo degrau de analgesia não há superioridade entre as medicações no mesmo degrau da escala. Segue a seguir a tabela 1 da Escala Analgésica:

Tabela 1 – Escala Analgésica : Degraus do Tratamento da dor nociceptiva e mista

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes*
2	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opióides fracos
3	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opióides fortes

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dor Crônica, BRASIL, 2012

Ainda, segundo o protocolo o médico deverá avaliar em qual degrau se encaixa o paciente, e o mesmo só poderá mudar de degrau quando o tratamento não for eficaz, ou seja, quando a medicação daquele degrau não reduzir, ou melhorar a analgesia do paciente. Na tabela fármacos adjuvantes são: Medicamentos antidepressivos ou relaxantes musculares. (BRASIL, 2012.)

2.5 Tratamento não Farmacológico

O tratamento da dor é um processo complexo, principalmente no paciente idoso, que na maioria das vezes é polimedicado, com doenças prévias e múltiplos fatores de risco. Este tratamento para o processo algico exige muito conhecimento do profissional que está acompanhando, principalmente das alternativas terapêuticas disponíveis.

O que acontece na prática clínica é que os profissionais baseiam-se exclusivamente no tratamento farmacológico, muitas vezes utilizando medicamentos de forma aleatória e sem verificar a história clínica desse paciente.

Uma alternativa muito resolutiva para o tratamento algico é a aplicação das Práticas Integrativas Complementares (PIC's), tais como: o toque terapêutico, Reike, a fitoterapia,

terapia floral, a acupuntura, as terapias corporais oriundas das medicinas orientais, as práticas de meditação e relaxamento, auriculoterapia, entre outros. (PEREIRA *et al.* 2014)

Atualmente na Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, tem-se disponíveis diversas PIC's, sendo os serviços de auriculoterapia, fisioterapia, homeopatia e acupuntura, os mais conhecidos e utilizados na capital.

Os serviços de fisioterapia e auriculoterapia são ofertados pelas equipes de saúde na APS, pela equipe NASF (Núcleo ampliado da Saúde da Família) e a acupuntura têm que ser encaminhado via sistema de regulação, onde ocorre uma demora no tempo para atendimento, pois o paciente entra numa fila de espera, por classificação de risco.

As práticas integrativas abrangem sistemas e recursos que valorizam o ouvir de forma acolhedora, ocorre o desenvolvimento do vínculo terapêutico com o paciente, e a integração do ser humano com o ambiente em que vive. Ocorre a ampliação do processo saúde-doença, tendo como objetivo a promoção global da saúde e do cuidado, e principalmente do estímulo ao autocuidado. A disponibilidade das PIC na APS, bem como sua consolidação como método terapêutico e de promoção de saúde, favorece a integralidade da atenção à saúde. (CARVALHO, NÓBREGA, 2017).

É importante salientar que as PIC's são tratamentos adjuvantes ao tratamento farmacológico, sendo muito importante a prática juntamente ao tratamento farmacológico, para que ocorra a redução do tempo do tratamento farmacológico, e conseqüentemente reduza os riscos de interações medicamentosas e de reações adversas aos medicamentos que é muito comum, principalmente no paciente idoso.

No Brasil desde 2006, tem-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), onde instituiu no SUS a abordagem do cuidado à população de práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos. Cada município tem a autonomia para aplicar os recursos das PIC's conforme a prioridade local. O Ministério da Saúde aprovou através da Portaria GM/MS, n.º 971, de 03 de maio de 2006 a PNPIC. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

2.6 Estratégias de melhoria no cuidado aos idosos com dor na APS

Conforme Castro, *et.al.*,2018, em seu estudo encontrou que a formação de grupos de apoios e a formação de grupos educativos, foram mais efetivos como estratégia de promoção e educação em saúde na população idosa. Ele encontrou também que as equipes multiprofissionais são uma importante estratégia no cuidado do idoso, em detrimento do

sistema biomédico e medicalizado utilizado hoje na APS no Brasil. As equipes NASF (Núcleo Ampliado Saúde da Família) e ESF (Estratégia Saúde da Família), também foram citados como tendo um papel fundamental como estratégias para esses pacientes.

A APS e a ESF são eficazes no atendimento a idosos, prestando um melhor direcionamento do cuidado nas condições crônicas, e conseqüentemente reduzindo gastos do SUS, onde reduz a emergencialização desses pacientes e conseqüentemente as internações. O NASF tem um destaque principal, pois através do atendimento multiprofissional, onde consegue abranger as diversas dificuldades fisiológicas, psicológicas que esses pacientes já possuem. Outra estratégia relatada foram as visitas domiciliares, melhorando a acessibilidade e levando a Unidade de Saúde até a residência do paciente, a consulta compartilhada por diversos profissionais do NASF / ESF é tida como uma importante estratégia, onde leva qualificação no atendimento e um apoio nas tomadas de decisões dos profissionais. Esta ferramenta torna-se importante, pois reduz os encaminhamentos para as emergências e pronto socorro, pois integraliza e potencializa o cuidado ao paciente idoso. (SCHENKER,M.; COSTA,D.H.; 2018)

Na APS o farmacêutico desempenha um papel de grande importância, categorizado como gerencial e clínico. Onde, o foco gerencial está no medicamento propriamente dito, realizando desde a guarda correta dos medicamentos/fármacos, armazenamento em conformidade com as boas práticas, controle de lote e validade, ou seja, realizando a rastreabilidade do mesmo e a entrega de medicamentos ao usuário, entre outros. Já no processo clínico, o foco do profissional farmacêutico é o autocuidado do paciente, o acompanhamento farmacoterapêutico. Constitui uma ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, trabalhando para a promoção de saúde e o uso racional de medicamentos pelo paciente. O cuidado clínico farmacêutico pode ser realizado através dos seguintes serviços clínicos: dispensação, atenção farmacêutica, farmácia clínica, acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, conciliação farmacêutica, entre outros. (BARROS, SILVA, LEITE, 2020)

A Farmácia Clínica é uma importante ferramenta para o acompanhamento do paciente idoso, principalmente quando o assunto são as Doenças Crônicas. O farmacêutico desempenha um papel importante no autocuidado do paciente idoso, onde a adesão ao tratamento é muito difícil, por diversos fatores.

Pensando nas diversas dificuldades encontradas para o acompanhamento e tratamento dos pacientes idosos com dor, torna este trabalho um divisor de águas, pois o manual orientativo e informativo, assim como o Aplicativo INFOMED®, serão ferramentas que

podem ser utilizadas em toda a sua plenitude por toda APS de Campo Grande /MS. O que facilitará o cotidiano profissional dos prescritores que estão em atendimento a este público específico. Além disso, o manual e o Aplicativo ajudaram na redução de erros, facilitará a resolução de problemas, ajudará com informações relevantes para a Saúde, tanto o prescritor quanto o paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar um diagnóstico situacional referente ao perfil farmacoepidemiológico de medicamentos utilizados no manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande/MS.

3.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o perfil epidemiológico dos idosos com queixa de dor;
- Analisar as prescrições medicamentosas dispensadas para controle e manejo da dor na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande em pacientes idosos;
- Elencar as alternativas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) disponíveis na rede municipal para o tratamento da dor;
- Elaborar um manual orientativo e informativo referente ao uso racional de medicamentos para manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande/MS;
- Elaborar um Aplicativo em parceria com a FACOM (Faculdade de Computação – UFMS), referente ao uso racional de medicamentos para manejo e controle da dor em pacientes idosos e com informações aos usuários sobre cuidados à saúde;

4 METODOLOGIA

Com o intuito de elaborar o perfil farmacoepidemiológico dos pacientes idosos tratados como queixa principal a dor, além de elaborar um material educativo, com a finalidade de orientação e informação referente ao uso racional de medicamentos para o

manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS, utilizou-se como metodologia a mesma abaixo descrita.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, com dados secundários proveniente dos formulários de consultas farmacêuticas, ocorridas no período de Abril/2016 à Agosto/2019. A coleta dos dados ocorreu no período de Fevereiro / 2020 à Março/2020.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este trabalho foi realizado na Atenção Primária de Saúde – APS, mais precisamente em 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e 01 (uma) Equipe Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF), na qual foi realizada a análise do perfil epidemiológico e a conduta medicamentosa adotada nas prescrições médicas e odontológicas para controle e manejo da dor em pacientes idosos.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para realização da pesquisa, no intuito de atender aos aspectos éticos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sendo que foi aceito e aprovado com o parecer número 3.854.423. (Apêndice D)

Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi elaborado o Termo de Anuência encaminhado para Secretária Municipal da Saúde de Campo Grande/MS, visando à autorização, concedido através do Apêndice A.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por período de cinco anos. Os resultados do estudo foram apresentados em forma de relatório em eventos científicos pertinentes, estando prevista a elaboração de artigos científicos. Os riscos são os mínimos possíveis, pois foi utilizado o banco de dados das consultas farmacêuticas. Para evitar possíveis riscos ao banco de dados, o mesmo foi armazenado no computador particular do pesquisador, e foi realizado backup pelo menos uma vez por semana, para garantir a integralidade e segurança dos mesmos.

Em relação aos benefícios, o trabalho corresponde a uma investigação de intervenções complementares e farmacológicas utilizadas na APS, e que através dos resultados pode reordenar as ações de políticas públicas referentes à promoção de saúde, orientando e informando os profissionais sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, inserindo novos tratamentos e conseqüentemente reduzindo custos com o tratamento, inclusive diminuindo o número de internações destes pacientes idosos.

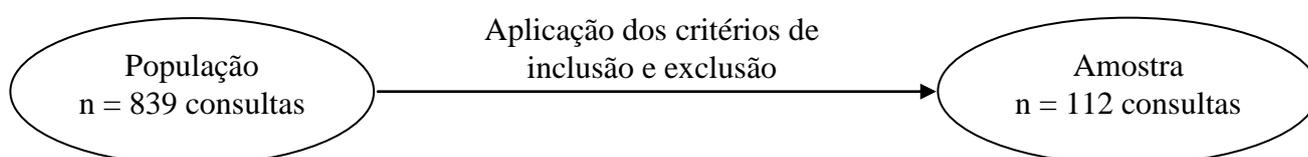
4.4 POPULAÇÃO

Foram incluídos no estudo os registros de consultas farmacêuticas dos pacientes idosos, que possuíam a queixa de dor e/ou que tinham recebido em sua prescrição ao menos um medicamento para o tratamento do sintoma dor, por pelo menos 30 dias, atendidos na APS de Campo Grande/MS.

Como critério de inclusão, foi considerado como paciente idoso, aquele paciente com idade igual ou superior a 60 anos e foi considerado paciente polimedicado, aquele que tiver mais de um medicamento de uso contínuo e que tenham a queixa de dor. Também foi analisado o tempo de uso, via de administração, forma farmacêutica, local de dispensação do medicamento e associação medicamentosa.

4.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Este trabalho analisou 839 formulários de consultas farmacêuticas, realizadas no período de abril/2016 a agosto/2019. Sendo considerados apenas os que se enquadraram nos parâmetros e critérios de inclusão propostos, possibilitando assim, o preenchimento do instrumento de coleta de dados (Apêndice B), os quais, foram analisadas todas as informações dos pacientes registradas no banco de dados das Consultas Farmacêuticas, possibilitando assim a proposta de um manual educativo e de orientação para o manejo e controle da dor em pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS.



4.6 DELINEAMENTO DA COLETA DE DADOS

Através do Banco de Dados das Consultas Farmacêuticas, e utilizando o instrumento de coleta de dados (Apêndice B), foram avaliadas as prescrições, condições clínicas do paciente, avaliação do potencial de interação medicamentosa, posologia prescrita, sexo e condição social.

Os custos financeiros, deste trabalho, foram arcados pelo proponente. Para o levantamento dos dados, utilizou-se o instrumento de coleta de dados (Apêndice B). Através deste instrumento de coleta de dados foram avaliadas as seguintes informações: Interações medicamentosas, autonomia do paciente com o seu tratamento, posologia dos medicamentos correta, medicamentos prescritos de forma inadequada, automedicação, uso de terapias alternativas, atendimento multiprofissional, presença de comorbidades, eventos adversos e as principais queixas de dor dos pacientes idosos atendidos na APS no período de Abril/2016 até Agosto/2019.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação da associação das variáveis gênero, faixa etária e escolaridade com as demais variáveis avaliadas neste estudo, relacionadas ao uso de medicamentos e à automedicação, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni, quando necessária. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva e na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

Adotamos como padrão para os medicamentos e fármacos a Classificação Internacional ATC (Anatômica-Terapêutico-Química). Esta classificação é um padrão internacional utilizado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), quando o assunto são os estudos nos quais envolvam drogas/fármacos. Neste tipo de classificação os fármacos são separados por grupos e níveis, conforme o órgão ou sistema, propriedades químicas e farmacoterapêuticas. (MINAS GERAIS, 2016)

No adendo C estão os fármacos com a Classificação ATC no primeiro e segundo nível utilizados pelos pacientes da amostra analisada com porcentagem simples.

Para avaliarmos os riscos dos medicamentos para os pacientes idosos, utilizamos os critérios de BEERs da Sociedade Americana de Geriatria. Esses critérios consistem em uma

lista de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos o qual são atualizados a cada três anos. (BEERS Criteria, 2020)

5. RESULTADOS

Foram analisadas 839 consultas farmacêuticas do período de abril/2016 até agosto/2019. Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão na amostra total, foram selecionadas 112 consultas eletivas, que correspondem a 13,35% do total da população inicial, as quais foram analisadas todas as variáveis propostas.

Destas 112 consultas farmacêuticas, temos uma frequência de 98 consultas em pacientes do sexo feminino (87,50%) e 14 consultas em pacientes do sexo masculino (12,50%). Conforme podemos verificar na tabela 2, a seguir:

Tabela 2 – Frequência dos idosos estudados em relação ao sexo em Campo Grande/MS, no período de 04/2016 – 08/2019.

<i>SEXO</i>	<i>AMOSTRA ANALISADA - n</i>	<i>FREQUÊNCIA - %</i>
<i>FEMININO</i>	98	87,50
<i>MASCULINO</i>	14	12,50
<i>TOTAL</i>	112	100

Tabela 3 – Caracterização da amostra dos pacientes idosos com dor atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.

<i>VARIÁVEL</i>	<i>SEXO</i>		<i>TOTAL AMOSTRA n (%)</i>	<i>p</i>
	<i>Masculino n (%)</i>	<i>Feminino n (%)</i>		
<i>FAIXA ETÁRIA</i>				
<i>60 – 69 Anos</i>	4 (28,57)	45 (45,92)	49 (43,75)	0,192
<i>70 – 79 Anos</i>	7 (50)	45 (45,92)	52 (46,43)	
<i>> 80 anos</i>	3 (21,43)	8 (8,16)	11 (9,82)	
<i>ESCOLARIDADE</i>				
<i>Sem escolaridade</i>	6 (42,9)	25 (25,5)	31 (27,7)	0,015
<i>Ens. Fundamental Incompleto e Completo</i>	4 (28,6)	66 (67,3)	70 (62,5)	
<i>Ens. Médio Incompleto e Completo</i>	3 (21,4)	6 (6,1)	9 (8,0)	

<i>Ens. Superior Incompleto e Completo</i>	1 (7,1)	1 (1,0)	2 (1,8)	
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO				
<i>Do lar</i>	0 (0,0)	32 (65,31)	32 (58,18)	
<i>Aposentado (a)</i>	4 (66,67)	10 (20,41)	14 (25,45)	0,008
<i>Outro</i>	2 (33,33)	7 (14,29)	9 (16,36)	
<i>#Não Relatado</i>	8	49	57	
ORIGEM				
<i>Busca Ativa</i>	10 (71,43)	66 (67,35)	76 (67,86)	
<i>Demanda Espontânea</i>	0 (0,0)	4 (4,08)	4 (3,57)	0,74
<i>Encaminhamento</i>	3 (21,43)	25 (25,51)	28 (25,0)	
<i>Outras</i>	1 (7,14)	3 (3,06)	4 (3,57)	
HISTÓRICO SOCIAL - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS				
<i>Bebia, mas parou</i>	3 (21,43)	9 (9,28)	12 (10,81)	
<i>Nunca Bebeu</i>	8 (57,14)	75 (77,32)	83 (74,77)	0,01
<i>Bebe socialmente</i>	0 (0,0)	10 (10,31)	10 (9,01)	
<i>Bebe frequentemente</i>	3 (21,43)	3 (3,09)	6 (5,41)	
<i>#Não Relatado</i>	0	1	1	
HISTÓRICO SOCIAL - CONSUMO DE TABACO				
<i>Fumava, mas parou</i>	3 (21,43)	19 (19,59)	22 (19,82)	
<i>Nunca fumou</i>	11 (78,57)	62 (63,92)	73 (65,77)	
<i>Fuma raramente</i>	0 (0,0)	2 (2,06)	2 (1,80)	0,435
<i>Fuma frequentemente</i>	0 (0,0)	14 (14,43)	14 (12,61)	
<i>#Não relatado</i>	0	1	1	
AUTONOMIA NO USO DE MEDICAMENTOS				
<i>Toma a medicação sem assistência</i>	10 (71,43)	83 (84,69)	93 (83,04)	0,349
<i>Necessita de ajuda</i>	2 (14,29)	10 (10,20)	12 (10,71)	
<i>Incapaz de tomar sozinho</i>	2 (14,29)	5 (5,10)	7 (6,25)	
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA				
<i>< 18,5 Peso baixo</i>	0 (0,0)	2 (2,08)	2 (1,82)	
<i>18,5-24,99 Peso Normal</i>	7 (50,0)	19 (19,79)	26 (23,64)	0,047
<i>25 - 29,99 Sobrepeso</i>	5 (35,71)	31 (32,29)	36 (32,73)	
<i>> 30 Obesidade</i>	2 (14,29)	44 (45,83)	46 (41,82)	
<i>#Não marcado</i>	0	2	2	

GLICEMIA				
<i>NORMAL - 40 até 99 (mg/dL)</i>	0 (0,0)	7 (25,0)	7 (22,58)	
<i>Intolerante à Glicose - 100 até 126 (mg/dL)</i>	0 (0,0)	6 (21,43)	6 (19,35)	0,301
<i>Diabético > 126 mg/dL</i>	3 (100,0)	15 (53,57)	18 (58,06)	
<i>#Não relatado</i>	11	70	81	
PRESSÃO ARTERIAL - HAS				
<i>Normal- até 120/80 (mm/Hg)</i>	7 (50,0)	26 (29,55)	33 (32,35)	
<i>Pré-Hipertensão- 121/81-139/89 (mm/Hg)</i>	3 (21,43)	24 (27,27)	27 (26,47)	
<i>HAS estágio 1 - 140/90 - 159/99 (mm/Hg)</i>	1 (7,14)	25 (28,41)	26 (25,49)	0,072
<i>HAS estágio 2- 160/100-179/109 (mm/Hg)</i>	1 (7,14)	11 (12,50)	12 (11,76)	
<i>Has estágio 3 - > 180/110 (mm/Hg)</i>	2 (14,29)	2 (2,27)	4 (3,92)	
<i>#Não relatado</i>	0	10	10	
HEMOGLOBINA GLICADA HbA1c				
<i>Normal - 4,5% até 5,6%</i>	0 (0,0)	3 (13,04)	3 (13,04)	
<i>Intolerante à Glicose - 5,7% até 6,4%</i>	0 (0,0)	4 (17,39)	4 (17,39)	#
<i>Diabético - > 6,5%</i>	0 (0,0)	16 (69,57)	16 (69,57)	
<i># Não Relatado</i>	14	75	89	
AUTORELATO DA DOR				
<i>Dor cabeça</i>	6 (42,86)	56 (57,14)	62 (55,36)	
<i>Dor joelho</i>	2 (14,29)	3 (3,06)	5 (4,46)	
<i>Dor muscular</i>	2 (14,29)	18 (18,37)	20 (17,86)	
<i>Dor nas pernas</i>	1 (7,14)	7 (7,14)	8 (7,14)	0,409
<i>Dor coluna</i>	1 (7,14)	6 (6,12)	7 (6,25)	
<i>Dor articulações</i>	2 (14,29)	5 (5,10)	7 (6,25)	
<i>Dor nos ombros</i>	0 (0,0)	3 (3,06)	3 (2,68)	
Total	14 (100,0)	98 (100,0)	112 (100,0)	

p < 0,05 –Significativo / p > 0,05 Não Significativo /# - Os dados não encontraram resultados estatísticos.

Na tabela 3, encontramos algumas variáveis que tiveram significância estatísticas entre os dados ($p < 0,05$), são elas: Escolaridade ($p = 0,015$), Profissão/ Ocupação ($p = 0,008$), Histórico Social - Consumo de bebida alcoólica ($p = 0,01$), Índice de Massa Corpórea ($p = 0,047$).

Descrevendo as principais características sociodemográficas, observou-se que a população feminina, houve predomínio na faixa etária entre 60 e 79 anos (91,84%), possuía

até o ensino fundamental (67,3%) e eram do lar (65,31%). Já a masculina, em sua maioria, está na faixa etária intermediária de 70 até 79 anos (50%) e era formada por um maior número de sem escolaridade (42,9%) e aposentados (66,67%). A origem das consultas farmacêuticas, da maioria dos pacientes, foram obtidas através da busca ativa (67,86%), em relação a autonomia da medicação a maior parcela tomava a medicação sem assistência (83,04%), considerando o autorelato da dor, a dor de cabeça foi a principal queixa dos pacientes (55,36%)

Referente ao histórico social - consumo de bebidas alcoólicas, a população, deste estudo, em sua maioria nunca fez uso de bebida alcoólica (74,77%), sendo que 77,35% eram mulheres e 57,14% homens. Bem como, para o consumo de tabaco a maioria nunca fumou (65,77%), em contrapartida 12,61% fuma frequentemente.

Em relação aos exames físicos e bioquímicos (anamnese profissional), encontraram-se para o Índice de Massa Corpórea resultados bem distintos. A maioria eram obesos (I.M.C.>30), sexo feminino (45,83%), para o sexo masculino foram os de peso normal, 18,5-24,99, (50%).

Verificou-se que a maioria da amostra 58,06 % eram diabéticos, 22,58% glicemia normal e 19,35% com intolerância à glicose. Juntamente com o Diabetes encontramos que 69,57% com Hemoglobina glicada (HbA1c) > 6,5%, 17,39% Intolerante à glicose e apenas 13,04 % com índices normais.

Em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), achou-se, uma maior porcentagem de HAS com valores normais, sendo que para o sexo feminino (29,55%) e para o masculino (50%). Destacando-se os valores próximos para pré hipertensos (27,27%) e HAS grau I (28,41%) no sexo feminino. Aqui vale ressaltar que a maioria de nossos pacientes tem algum grau de hipertensão 67,64 %, ou seja, estão em descontrole pressórico.

Tabela 4 – Caracterização farmacoterapêutica em relação ao sexo dos 112 pacientes idosos com dor atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.

VARIÁVEL	SEXO		TOTAL DA AMOSTRA	p
	Masculino	Feminino		
	n (%)	n (%)	n (%)	
AUTOMEDICAÇÃO				
<i>Sim</i>	2 (25,0)	15 (27,27)	17 (26,98)	0,771
<i>Não</i>	6 (75,0)	40 (72,73)	46 (73,02)	
<i>#Não Relatado</i>	6	43	49	
MEDICAMENTOS AUTOMEDICAÇÃO				
<i>Medicamentos caseiros + vitaminas</i>	1 (50,0)	7 (46,67)	8 (47,06)	0,506
<i>Medicamentos para dor + ansiedade</i>	1 (50,0)	8 (53,33)	9 (52,94)	
<i>#Não Relatado</i>	12	83	95	
TERAPIA ALTERNATIVA				
<i>Sim – Medicamentos caseiros</i>	6 (42,86)	59 (60,20)	65 (58,04)	0,031
<i>Sim – Acupuntura</i>	0 (0,0)	1 (1,02)	1 (0,89)	
<i>Sim – Garrafada</i>	2 (14,29)	1 (1,02)	3 (2,68)	
<i>Não</i>	6 (42,86)	37 (37,76)	43 (38,39)	
ALERGIA A MEDICAMENTOS				
<i>Sim - Analgésicos/AINES/Corticóide</i>	0 (0,0)	9 (9,18)	9 (8,04)	0,659
<i>Sim – IECA</i>	0 (0,0)	1 (1,02)	1 (0,89)	
<i>Sim – Antibiótico</i>	0 (0,0)	5 (5,10)	5 (4,46)	
<i>Sim – Outros</i>	0 (0,0)	2 (2,04)	2 (1,79)	
<i>Sim - Não se lembra qual</i>	0 (0,0)	2 (2,04)	2 (1,79)	
<i>Nenhuma alergia</i>	14 (100,0)	79 (80,61)	93 (83,04)	
CLASSIFICAÇÃO ATC NÍVEL 1 DOS FÁRMACOS UTILIZADOS ESTABELECIDO PELA O.M.S.				
<i>A - Sistema Digestivo e Metabolismo</i>	12 (17,14)	129 (20,25)	141 (19,94)	0,184
<i>B - Sangue e Órgãos Hematopoéticos</i>	10 (14,29)	68 (10,68)	78 (11,03)	
<i>C - Sistema Cardiovascular</i>	33 (47,14)	252 (39,56)	285 (40,31)	
<i>G - Sistema Genito-Urinário e Hormônios Sexuais</i>	1 9 (1,43)	0 (0,0)	1 (0,14)	
<i>H - Preparados Hormonais Sistêmicos</i>	0 (0,0)	18 (2,83)	18 (2,55)	
<i>J - Antiinfeciosos de Uso Sistêmico</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1 (0,14)	
<i>L - Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores</i>	0 (0,0)	2 (0,32)	2 (0,28)	

<i>M – Sistema Músculo-Esquelético</i>	3 (4,29)	36 (5,65)	39 (5,52)
<i>N – Sistema Nervoso</i>	11 (15,71)	108 (16,95)	119 (16,83)
<i>P – Produtos Antiparasitários, Inseticídase e Repelentes</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1 (0,14)
<i>R – Sistema Respiratório</i>	0 (0,0)	17 (2,67)	17 (2,40)
<i>S – Órgãos do Sentido</i>	0 (0,0)	4 (0,63)	4 (0,57)
<i>Sem classificação - Chá Flor da Amazônia</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1 (0,14)
Total	70 (100,0)	637 (100,0)	707 (100,0)

CLASSIFICAÇÃO ATC NÍVEL 1 E 2 DOS FÁRMACOS UTILIZADOS ESTABELECIDO PELA O.M.S.

A	<i>Medicamentos para distúrbios ácido relacionadas – A02</i>	6 (8,57%)	48 (7,54%)	54	141 (19,94)	0,888
	<i>Antieméticos e nauseosos - A04</i>	0 (0,0)	2 (0,31%)	2		
	<i>Drogas para a constipação - A06</i>	0 (0,0)	3 (0,47%)	3		
	<i>Medicamentos utilizados na diabetes - A10</i>	5 (7,14%)	60 (9,42%)	65		
	<i>Vitaminas, suplementos minerais e associações - A11/A12</i>	1 (1,43%)	16 (2,51)	17		
B	<i>Anticoagulantes, Antitrombóticos e Trombolíticos – B01</i>	7 (1,0%)	41 (6,44)	48	78 (11,03)	0,724
	<i>Preparações Antianêmicas – B03</i>	0 (0,0)	3 (0,47%)	3		
	<i>Hemodíálises, Diálises e Soluções Para Perfusão e Irrigação – B05</i>	0 (0,0)	24 (3,77)	27		
C	<i>Estimulantes Cardíacos, Cardiotônicos e Glicosídeos – C01</i>	0 (0,0)	2 (0,31)	2	285 (40,31%)	0,307
	<i>Anti-Hipertensivos – C02</i>	3 (4,29%)	6 (0,94%)	9		
	<i>Diuréticos – C03</i>	5 (7,14%)	63 (9,89)	68		
	<i>Vasodilatadores Periféricos – C04</i>	0 (0,0)	2 (0,31)	2		
	<i>Vasoprotetores – C05</i>	0 (0,0)	16 (2,51)	16		
	<i>Beta-Bloqueadores – C07</i>	6 (8,57%)	33 (5,18%)	39		
	<i>Bloqueadores de Canal de Cálcio – C08</i>	2 (2,86%)	22 (3,45%)	24		

	<i>Sistema Renina-Angiotensina – C09</i>	11 (15,71%)	75 (11,77%)	86		
	<i>Hipolipemiantes – C10</i>	6 (8,57%)	33 (5,18%)	39		
G	<i>Medicamentos Urológicos – G04</i>	1 (1,43%)	0 (0,0)	1	1 (0,14%)	*
H	<i>Corticosteróides Sistêmicos – H02</i>	0 (0,0)	6 (0,94)	6	18 (2,55%)	*
	<i>Tratamento da Tireóide – H03</i>	0 (0,0)	12 (1,88)	12		
J	<i>Antifúngicos Sistêmicos – J02</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1	1 (0,14%)	*
L	<i>Imunossupressores – L04</i>	0 (0,0)	2 (0,31)	2	2 (0,28%)	*
M	<i>Antiinflamatórios e Antireumáticos – M01</i>	1 (1,43)a	28 (4,40)a	29		
	<i>Relaxantes Musculares – M03</i>	0 (0,0)a	6 (0,94)a	6	39 (5,52%)	<0,001
	<i>Antigotosos – M04</i>	2 (2,86)a	0 (0,0)b	2		
	<i>Tratamento de doenças Ósseas – M05</i>	0 (0,0)a	2 (0,31)a	2		
N	<i>Analgésicos – N02</i>	4 (5,71)a	28 (4,40)a	32		
	<i>Antiepiléticos – N03</i>	1 (1,43)a	8 (1,26)a	9		
	<i>Antiparksonianos – N04</i>	1 (1,43)a	0 (0,0)a	1		
	<i>Antipsicóticos, Ansiolíticos, Hipnóticos e Sedativos – N05</i>	0 (0,0)a	4 (0,63)a	4		
	<i>Antidepressivos, psicoestimulantes, psicoléticos e psicoanapléticos em associação, tratamento do alzheimer e demência-N06</i>				119 (16,83%)	0,025
	<i>Outros medicamentos para o sistema nervoso-N07</i>	2 (2,86)a	10 (1,57)a	12		
P	<i>Antiprotozoários – P01</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1	1 (0,14%)	*
	<i>Antiasmáticos – R03</i>	0 (0,0)	7 (1,10)	7		
R	<i>Anti-histamínicos Sistêmicos – R06</i>	0 (0,0)	10 (1,57)	10	17 (2,40%)	*
S	<i>Produtos Oftálmicos – S01</i>	0 (0,0)	4 (0,63)	4	4 (0,57%)	*
	<i>Sem Classificação – Chá da Amazônia</i>	0 (0,0)	1 (0,16)	1	1 (0,14%)	*
TOTAL		70	637	707		

$p < 0,05$ –Significativo / $p > 0,05$ Não Significativo. /# - Os dados não encontraram resultados estatísticos. * - Não é possível realizar o cálculo estatístico. Letras diferentes na linha indicam diferença entre os sexos e no teste geral, houve associação significativa, mas comparando com os sexos em cada linha, não foi possível identificar as diferenças (letras iguais).

Na tabela 4 a caracterização farmacoterapêutica, verificaram-se as variáveis em relação ao sexo. A variável da terapia alternativa obteve significância estatística, com o achado de medicamento caseiro para a maioria, em ambos os sexos (58,04%), e na classificação ATC níveis 1 e 2 também tivemos achados com significância estatísticas, sendo a classificação M e N, 5,52% e 16,83% respectivamente, com significância estatística.

Outros achados interessantes foram que 73,02% da amostra não se automedica, o importante aqui é que tivemos uma grande quantidade de participantes que não fizeram relato sobre este tópico (49 pacientes), portanto não entraram no cálculo estatístico. Em relação aos medicamentos utilizados na automedicação, a maioria foram os utilizados para a dor e/ou ansiedade (52,94%). Aqui também encontramos uma grande quantidade de pacientes que não relataram (95), e da mesma foram não entraram para o cálculo estatístico.

Verificou-se que 83,04% dos pacientes não apresentavam alergia à medicamentos. Contudo 16,97% tinham alergia a medicamentos com predomínio por medicamentos utilizados para dor (*Analgésicos/AINES/Corticóide* – 8,04%).

Em relação as classes terapêuticas/medicamentos utilizados pelos pacientes da amostra temos o nível C – Sistema Cardiovascular com como sendo a grande maioria (40,31%), logo em seguida o nível A - Sistema Digestivo e Metabolismo (19,94%) e o nível N – Sistema Nervoso em terceiro lugar com 16,83%. Já o nível M – Sistema Músculo-Esquelético, que trata exclusivamente de medicamentos para dor, ficou com 5,52%, sendo a maioria desse grupo do sexo feminino (5,65%).

Tabela 5 – Análise das prescrições em relação ao sexo dos 112 pacientes idosos com dor atendidos na APS de Campo Grande/MS no período de 04/2016 a 08/2019.

VARIÁVEL	SEXO		TOTAL DA	p
	MASCULINO	FEMININO	AMOSTRA	
	n (%)	n (%)	n (%)	
INTERAÇÕES FARMACOTERAPÊUTICAS				
<i>Medicamento para dor de uso contínuo</i>	9 (47,37)	55 (31,43)	64 (32,99)	0,567
<i>Patologia sem Tratamento – (Dor / HAS)</i>	0 (0,0)	4 (2,29)	4 (2,06)	
<i>Associações Contraindicadas</i>	1 (5,26)	5 (2,86)	6 (3,09)	
<i>Associações Perigosas – monitorar</i>	1 (5,26)	40 (22,86)	41 (21,13)	
<i>Monoterapia de Sulfoniuréia</i>	0 (0,0)	6 (3,43)	6 (3,09)	
<i>Medicamento acima da dose máxima</i>	1 (5,26)	5 (2,86)	6 (3,09)	
<i>Protetor gástrico de uso contínuo</i>	5 (26,32)	47 (26,86)	52 (26,80)	
<i>Prescrição sem inconsistência</i>	2 (10,53)	13 (7,43)	15 (7,73)	
DESCUIDADO COM O HORÁRIO DA MEDICAÇÃO				
<i>Sim</i>	11 (78,57)	74 (76,29)	85 (76,58)	0,882
<i>Não</i>	3 (21,43)	23 (23,71)	26 (23,42)	
<i>*Sem resposta</i>	0	1	1	
DIFICULDADE EM TOMAR A MEDICAÇÃO				
<i>Sim</i>	2 (16,67)	20 (22,73)	22 (22,0)	0,917
<i>Não</i>	10 (83,33)	68 (77,27)	78 (78,0)	
<i>*Sem Resposta</i>	2	10	12	
ESQUECE DE TOMAR A MEDICAÇÃO				
<i>Sim</i>	6 (42,86)	60 (61,86)	66 (59,46)	0,288
<i>Não</i>	8 (57,14)	37 (38,14)	45 (40,54)	
<i>*Sem Resposta</i>	0	1	1	
DIFICULDADE NO ACESSO				
<i>Medicamentos em falta</i>	2 (25,0)	8 (14,29)	10 (15,63)	0,745
<i>Sim Valor do Medicamento</i>	0 (0,0)	4 (7,14)	4 (6,25)	
<i>*Não Relatado</i>	0 (0,0)	1 (1,79)	1 (1,56)	
<i>Não</i>	6 (75,0)	43 (76,79)	49 (76,56)	
<i>*Não Relatado</i>	6	42	48	
PROBLEMAS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO				
<i>Sim</i>	12 (85,71)	91 (92,86)	103 (91,96)	0,693
<i>Não</i>	2 (14,29)	7 (7,14)	9 (8,04)	

$P < 0,05$ –Significativo / $P > 0,05$ Não Significativo - * Não entraram no cálculo estatístico

Na Tabela 5, analisamos todas as prescrições da nossa amostra de 112 pacientes, e não encontramos nenhum dado com relevância estatística significativa, pois todos ficaram com $p > 0,05$.

Na variável interações medicamentosas, encontramos que a maioria 32,99% são de medicamentos utilizados para dor de forma contínua, que 21,13% possuem associações perigosas, onde o profissional deve monitorar o paciente e que 26,80% dos pacientes utilizam protetores gástricos de forma contínua. Consideramos como associações perigosas a associação de secretagogos de insulina com insulina exógena, onde o paciente corre grande risco de hipoglicemia.

Temos que 76,58% dos pacientes são descuidados com o horário da medicação, que 59,46% esquece de tomar a medicação, que 15,63% dos pacientes tem a falta de medicamentos como sendo uma dificuldade no acesso, e que 91,96% tem algum tipo de problema relacionado com a prescrição.

Tabela 6 – Uso de medicamentos por faixa etária dos 112 pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS

<i>MEDICAMENTOS</i>		<i>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</i>			<i>TOTAL DA AMOSTRA</i>	<i>p</i>
		<i>60 – 69</i>	<i>70 – 79</i>	<i>80 ou maior</i>		
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
<i>Dor</i>	<i>Sim</i>	18 (36,7)	20 (38,5)	6 (54,5)	44 (39,3)	0,543
	<i>Não</i>	31 (63,3)	32 (61,5)	5 (45,5)	68 (60,7)	
<i>HAS</i>	<i>Sim</i>	44 (89,8)	39 (75,0)	10 (90,9)	93 (83,0)	0,108
	<i>Não</i>	5 (10,2)	13 (25,0)	1 (9,1)	19 (17,0)	
<i>Diabetes</i>	<i>Sim</i>	25 (51,0)	21 (40,4)	3 (27,3)	49 (43,8)	0,286
	<i>Não</i>	24 (49,0)	31 (59,6)	8 (72,7)	63 (56,3)	
<i>Colesterol</i>	<i>Sim</i>	17 (34,7)	13 (25,0)	2 (18,2)	32 (28,6)	0,405
	<i>Não</i>	32 (65,3)	39 (75,0)	9 (81,8)	80 (71,4)	
<i>Controlado</i>	<i>Sim</i>	21 (42,9)	12 (23,1)	4 (36,4)	37 (33,0)	0,104
	<i>Não</i>	28 (57,1)	40 (76,9)	7 (63,6)	75 (67,0)	
<i>Protetor gástrico</i>	<i>Sim</i>	25 (51,0)	19 (36,5)	5 (45,5)	49 (43,8)	0,339
	<i>Não</i>	24 (49,0)	33 (63,5)	6 (54,5)	63 (56,3)	
<i>Antiagregante plaquetário</i>	<i>Sim</i>	20 (40,8)	18 (34,6)	7 (63,6)	45 (40,2)	0,202
	<i>Não</i>	29 (59,2)	34 (65,4)	4 (36,4)	67 (59,8)	

$p < 0,05$ – Significativo / $p > 0,05$ Não Significativo

Na tabela 6 associamos a faixa etária dos pacientes com as diversas classes de medicamentos e/ou indicação de uso e obtivemos que a maioria dos pacientes entre 60-69 anos, 44 pacientes, utilizam medicamentos para HAS e para os medicamentos utilizados para dor temos que a maior faixa etária é a de 70-79 anos (20 pacientes).

Verificou-se que temos um aumento na porcentagem do uso dos medicamentos utilizados para dor com o aumento da idade, 36,7% (60-69 anos); 38,5% (70-79 anos); 54,5% (80 anos ou maior).

Temos que 43,8% utilizam medicamentos para a diabetes, onde a maioria está na faixa etária de (60-69 anos) 51%, que 28,6% utilizam medicamentos para colesterol, onde a maioria está na faixa etária de (60-69 anos) 34,7%, que 33% utilizam medicamentos controlados, onde a maioria também se encontra na primeira faixa etária, 42,9%. Em relação aos protetores gástricos, temos que 43,8% utilizam e estão na primeira faixa etária (60-69 anos) 51%, e que 40,2% utilizam os antiagregantes plaquetários e a maior faixa etária é a maioria (acima de 80 anos), 63,6%.

Tabela 7 – Análise da adesão ao tratamento dos 112 pacientes atendidos na APS de Campo Grande/MS

<i>AUTOMEDICAÇÃO</i>	<i>ESCOLARIDADE</i>		<i>TOTAL DA AMOSTRA</i> % (n)	<i>p</i>
	<i>Até o Ens. Fundamental</i>	<i>Acima do Ens. Fundamental</i>		
	% (n)	% (n)		
<i>Sim</i>	27,6% (16)	20,0% (1)	27,0% (17)	
<i>Não</i>	72,4% (42)	80,0% (4)	73,0% (46)	0,874
<i># Não Relatado</i>	(43)	(6)	(49)	
<i>DESCUIDADO COM O HORÁRIO DA MEDICAÇÃO</i>				
<i>Sim</i>	78,0% (78)	63,6% (7)	76,6% (85)	
<i>Não</i>	22,0% (22)	36,4% (4)	23,4% (26)	0,489
<i># Não Relatado</i>	(1)	(0)	(1)	
<i>DIFICULDADE EM TOMAR A MEDICAÇÃO</i>				
<i>Sim</i>	23,6% (21)	9,1% (1)	22,0% (22)	
<i>Não</i>	76,4% (68)	90,9% (10)	78,0% (78)	0,478
<i># Não Relatado</i>	(12)	(0)	(12)	
<i>ESQUECE DE TOMAR A MEDICAÇÃO</i>				
<i>Sim</i>	60,0% (60)	54,5% (6)	59,5% (66)	
<i>Não</i>	40,0% (40)	45,5% (5)	40,5% (45)	0,979

# Não Relatado	(1)	(0)	(1)		
PROBLEMAS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO					
<i>Sim</i>	92,1% (93)	90,9% (10)	92,0% (103)	0,654	
<i>Não</i>	7,9% (8)	9,1% (1)	8,0% (9)		
AUTOMEDICAÇÃO					
	IDADE (anos)			TOTAL DA AMOSTRA	p
	60-69	70-79	> 80	% (n)	
	% (n)	% (n)	% (n)		
<i>Sim</i>	25,0% (7)	25,0% (7)	42,9% (3)	27,0% (17)	0,604
<i>Não</i>	75,0% (21)	75,0% (21)	57,1% (4)	73,0% (46)	
# Não Relatado	(21)	(24)	(4)	(49)	
DESCUIDADO COM O HORÁRIO DA MEDICAÇÃO					
<i>Sim</i>	45,3% (34)b	60,0% (15)ab	90,9% (10)a	53,2% (59)	0,014*
<i>Não</i>	54,7% (41)a	40,0% (10)ab	9,1% (1)b	46,8% (52)	
# Não Relatado	(0)	(1)	(0)	(1)	
DIFICULDADE EM TOMAR A MEDICAÇÃO					
<i>Sim</i>	26,1% (12)	18,2% (8)	20,0% (2)	22,0% (22)	0,655
<i>Não</i>	73,9% (34)	81,8% (36)	80,0% (8)	78,0% (78)	
# Não Relatado	(3)	(8)	(1)	(12)	
ESQUECE DE TOMAR A MEDICAÇÃO					
<i>Sim</i>	61,2% (30)	62,7% (32)	36,4% (4)	59,5% (66)	0,256
<i>Não</i>	38,8% (19)	37,3% (19)	63,6% (7)	40,5% (45)	
# Não Relatado	(0)	(1)	(0)	(1)	
PROBLEMAS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO					
<i>Sim</i>	89,8% (44)	92,3% (48)	100,0% (11)	92,0% (103)	0,527
<i>Não</i>	10,2% (5)	7,7% (4)	0,0% (0)	8,0% (9)	

* - Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as faixas etárias (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$). $p < 0,05$ –Significativo / $p > 0,05$ Não Significativo - # Não entraram no cálculo estatístico.

Na tabela 7 analisamos algumas variáveis em relação a faixa etária e escolaridade, com o intuito de avaliar a adesão ao tratamento dos pacientes. Observa-se que em relação ao descuido com o horário da tomada da medicação, (78% - n=78), aos problemas relacionados à

prescrição, (92,1% - n=93) e o esquecimento da tomada da medicação, (60% - n=60), a maioria da amostra encontra-se na faixa de escolaridade de no máximo até o Ensino Fundamental. Já em relação a dificuldade na tomada da medicação a maioria não possui dificuldade, (78% - n=78), assim como, a maioria não se automedica (73% - n=46).

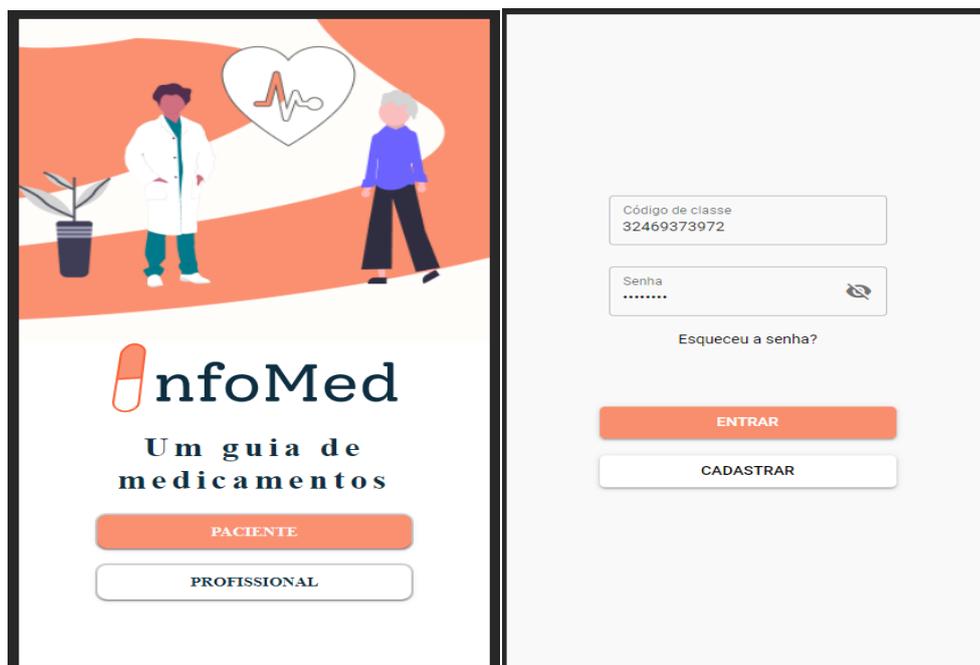
Na variável automedicação em relação a faixa etária, temos que a maioria da amostra é descuidada em relação aos horários da medicação, (53,2% - n= 59). A mesma situação também ocorre em relação à Problemas relacionados a prescrição, (92% - n=103) e o esquecimento da tomada da medicação, (59,5% - n=66). Em contrapartida, assim como ocorreu na variável escolaridade, temos um resultado similar na variável faixa etária, onde a maioria dos pacientes não se automedica (73% - n= 46), assim como também não tem dificuldade em tomar a medicação prescrita (78% - n=78).

Em 27% da nossa amostra realizam algum tipo de automedicação e 22% possui algum tipo de dificuldade em tomar a medicação em ambas as tabelas analisadas (Faixa etária e escolaridade).

Como um primeiro produto gerado por este trabalho, foi a aprovação no Edital da FACOM / UFMS para o desenvolvimento de um Software, INFOMED®, baseado no manual que está sendo gerado através deste trabalho. Este aplicativo que será confeccionado pelos alunos da FACOM, será uma fonte de informações seguras para pacientes, sobre assuntos relacionados a medicamentos e gerenciado por um profissional farmacêutico, e também uma fonte de informação e auxílio para os prescritores através do manual que será disponibilizado por este aplicativo.

O aplicativo (APP) INFOMED® está parcialmente finalizado, necessitando participar do próximo Edital da FACOM/UFMS para desenvolvimento de Software, para terminar todas as implementações. Hoje ele está apenas como Manual orientativo. Abaixo segue imagens do Aplicativo e suas implementações.

Figura 03 – Capa do Aplicativo INFOMED®.

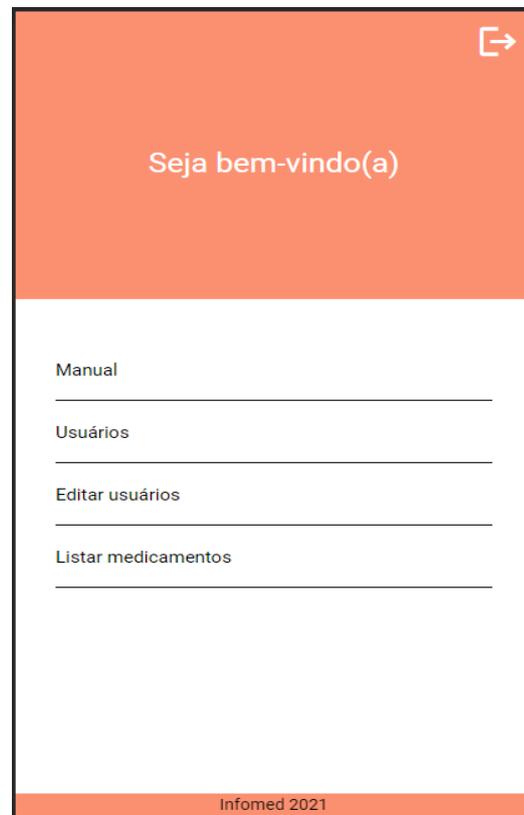


Tela inicial do APP onde é possível navegar para o perfil de paciente (não implementado) e Profissional (Implementado) e tela de login, onde direciona o usuário para a tela de cadastro, quando não houver, e para as funcionalidades do APP.

O aplicativo será disponibilizado nos sistemas operacionais mais usuais utilizados hoje em dia, tais como: Android, IOS e Windows. O administrador do Aplicativo será o farmacêutico da Unidade de Saúde onde o mesmo será aplicado, pois o aplicativo irá facilitar a cotidiano desse profissional na orientação e acompanhamento farmacoterapêutico.

O APP ainda não foi concluído em sua totalidade, está com suas funcionalidades parciais. A FACOM já realizou o registro do APP, conforme o Anexo 01 – Termo de Registro de programa de Computador – mobile APP e Anexo 02 – Termo de Registro de programa de Computador – Infomed API. Após a aprovação da SESAU/MS, o APP será disponibilizado em uma Unidade de Saúde da APS, onde aconteça a Farmácia clínica, com grande circulação de idoso, para implantação de um projeto piloto.

Figura 04 – Menu do APP INFOMED®



Menu do usuário: Nesta tela, o usuário consegue visualizar as telas do manual (Manual), aceitar ou recusar usuário (Usuários), editar os usuários (Editar usuários) e listar os medicamentos cadastrados (Listar medicamentos). Nesta Aba de medicamentos constará o nome genérico do medicamento, lote e validade. Ainda não está com todas as funcionalidades implementadas.

6. DISCUSSÃO

Analisando o perfil epidemiológico dos pacientes idosos com relato de dor na APS de Campo Grande/MS, verificou um número muito maior de consultas por mulheres o que corrobora com todas as estatísticas atuais do Brasil, onde é verificado que a mulher procura muito mais a assistência médica que o homem.

Segundo Guibu, *et. al.*, 2017, através de seu trabalho, onde investigou as principais características dos pacientes atendidos pela A.P.S no Brasil, temos uma prevalência de atendimento de 75,8 % pacientes femininos e 24,2 % de pacientes masculinos. Esse valor encontrado, ratifica os valores encontrados neste trabalho.

Conforme Amaral, *et.al.*, 2012, em seu trabalho, temos que 63,5% dos pacientes idosos que procuram a atenção básica de saúde, eram do gênero feminino e, 36,5% do gênero masculino, também ratificam os números encontrados no presente trabalho.

Verificou-se que a maioria da amostra era pacientes com até Ensino Fundamental, do lar, e com consultas farmacêuticas originada da "busca ativa", onde o próprio profissional farmacêutico buscavam os pacientes elegíveis para a consulta, seguido do encaminhamento de outros profissionais.

Isso demonstra o desconhecimento sobre o serviço de Farmácia Clínica, e ao mesmo tempo demonstra que os profissionais quando conhecem o serviço, indicam aos seus pacientes e valorizando seus resultados.

Conforme, Paskulin; *et. al.*; 2011, em seu trabalho, a grande maioria dos idosos sem escolaridade, ou com Ensino Fundamental incompleto, utilizavam o serviço de A.P.S para o tratamento da saúde. Encontrou-se resultados similares, pois grande parte dos pacientes deste trabalho possuíam até o Ens. Fundamental e foram atendidos na A.P.S de Campo Grande/MS.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica verificou que a grande maioria dos pacientes nunca bebeu, isso indica um bom prognóstico, ainda mais se tratando de pacientes idosos, e que na maioria das vezes são polimedicados e com doenças já preexistentes. O fato dessa maioria, nunca ter ingerido bebida alcoólica, facilita o tratamento farmacológico, tais como: HAS, Diabetes, Colesterol, Dores abdominais, dores em geral, etc.

Conforme Guidolin, *et.al.*, 2016, estudo holandês, relataram que 13,4% dos idosos bebiam muito, já em Porto Alegre 11,7% dos idosos eram consumidores dependentes de bebidas alcoólicas, esses dados aproximam-se dos dados encontrados, onde os idosos bebiam socialmente 9,01% e/ou bebiam frequentemente 5,41 %, na média dos dois temos que os idosos ingerem bebidas alcoólicas quase todos os dias na prevalência de 14,41%, o que acompanha os estudos já publicados.

Esse dado encontrado é preocupante, onde uma parcela dos idosos neste trabalho ingeriam bebidas de forma freqüente e/ou socialmente, podendo aumentar os riscos de lesões hepáticas, renais, cardíacas, entre outras. Todos esses sistemas são essenciais na metabolização e eliminação das medicações de uso contínuo. O uso de bebidas alcoólicas por idosos, pode ser um fator preponderante e que justificaria o grande número de medicamentos utilizados como protetores gástricos em nossa amostra.

Em relação ao tabagismo não houve significância estatística, mas mesmo assim verificou que 14 pacientes do sexo feminino fumam com freqüência. Provavelmente esse número deve ser muito maior, talvez por se tratar de uma amostra reduzida encontramos este

valor. Não podemos nos esquecer do fumante passivo, muitos desses pacientes que relataram não fumar, talvez convivam com pessoas que fumem, tornando-se um fumante passivo, e também tendo os mesmos riscos, ou talvez, mais riscos para a própria saúde.

É sabido que o tabagismo aumenta o risco de doenças cardiovasculares, o que para o idoso é um grande problema. Segundo Zangirolani, *et.al.* 2018, em seu trabalho, apontaram que 9% da população mundial morre em decorrência do tabagismo, o que o torna um problema grave.

Tanto o tabagismo como o etilismo atuam no Sistema Nervoso Central, ocasionando primeiramente uma sensação de bem estar, e logo após, esse primeiro sinal, ocorre uma depressão do mesmo Sistema Nervoso Central (SNC), induzido o fumante/etilista a procurar por uma nova dose, e com isso aumentando ainda mais sua dependência química e física.

Em relação a Hipertensão arterial, verificou-se que 33 pacientes estavam com pressões normais no momento das consultas. Em contrapartida 69 pacientes da amostra possuíam no ato da consulta algum grau de hipertensão. Isso é um resultado preocupante, pois aqui encontramos mais da metade dos pacientes de nosso trabalho com algum grau de hipertensão. Metade da amostra dos homens eram normotensos, em contrapartida as mulheres representavam somente 29,55% normotensa, o restante tendo algum grau de hipertensão. O IMC calculado no ato das consultas farmacêuticas, ratificam os valores da HAS encontrados, pois a maioria dos pacientes estão com sobrepeso e algum grau de obesidade, totalizando 82 pacientes da amostra, em risco cardiovascular elevado.

Existe uma relação de sinergismo entre a HAS e o IMC, assim sendo, quanto maior o IMC maior o risco cardiovascular do paciente, assim como, quanto maior o IMC pode-se sugerir que esses pacientes possuem vida sedentária, com maus hábitos de vida.

Conforme Francisco, *et.al.*,2018, as doenças cardiovasculares e o diabetes possuem uma íntima relação com o IMC. Ele ressalta que medidas farmacológicas e não farmacológicas apontam como sendo fundamentais na prevenção e promoção à saúde desses pacientes. Ele ressalta que a atuação de uma equipe multidisciplinar é benéfica e pode auxiliar no controle da pressão e da glicemia, assim como na melhora das condições físicas, aumentando massa muscular e reduzindo massa gorda e diminuindo os problemas cardiovasculares mais graves.

Assim como a HAS e o IMC, a maioria dos pacientes da amostra no dia da consulta estavam com níveis elevados de glicemia. Em contrapartida, tivemos um grande número de pacientes que não realizaram o teste capilar no dia da consulta, ou não apresentaram exames com esse parâmetro bioquímico, o que pode influenciar no resultado final.

A glicemia relatada na amostra, refere-se ao teste de glicemia capilar realizado no ato da consulta, ou a apresentação do exame bioquímico de sangue, encontrou-se na amostra 81 pacientes sem relatos de glicemia e 18 pacientes com glicemia elevada. Aqui temos um valor muito elevado de pacientes que não realizaram o teste de glicemia capilar ou que não apresentaram algum exame bioquímico com a glicemia em jejum ou outro similar. Podemos supor que a quantidade de pacientes diabetes na amostra deve ser bem mais elevado do que foi encontrado.

Alguns pacientes da amostra apresentaram o exame bioquímico da hemoglobina glicada com valores acima de 6,5%, no total de 16, indicando o diagnóstico de diabetes. Este resultado corrobora os resultados encontrados anteriormente.

O fato de grande parte dos pacientes serem diabéticos, pode-se imaginar pacientes com dor neuropática, resultado da própria doença. Assim como, os resultados da HAS também acompanha problemas dolorosos, tais como: dores de cabeça, dores membros inferiores, dores no peito, entre outras. Confirmando os resultados com autorelato de dor de cabeça acompanhado pela dor muscular.

A Hipertensão e o Diabetes são doenças que acometem com maior frequência a população idosa, levando a diminuição da qualidade de vida dessas pessoas. Ambas condições clínicas diminuem a expectativa de vida da população idosa, podendo inclusive elevar as causas de mortalidade e morbidade dessa população, elevando os riscos de doenças renais, cardíacas, acidentes vasculares, insuficiência cardíaca, entre outros. (FRANCISCO, 2018)

Segundo Ferreti, *et.al.*, 2019, em seu estudo encontraram que a população idosa com dor crônica, era na sua maioria composta por mulheres, com vida sedentária e possuíam uma associação maior com doenças crônicas.

Através desses resultados podemos identificar nessa amostra como sendo constituída por maioria do gênero feminino, com até o Ensino Fundamental de escolaridade, com prevalência de doenças crônicas, HAS e DAB, sendo a maioria do lar e aposentados e a dor de cabeça autorelatada, como sendo a de maior prevalência. Podemos evidenciar também que a maioria de nossa amostra foi recrutada através de uma busca ativa do profissional farmacêutico.

Em relação a caracterização farmacoterapêutica da amostra temos que a maioria de nossa amostra não se automedica, e que os que se automedicam utilizam na sua maioria medicamentos para dor e ansiedade. Esses pacientes também buscam terapias alternativas, sendo que a maioria busca medicamentos caseiros como terapia alternativa ao que foi prescrito pelo médico.

Esses dados são preocupantes, pois podem ter um viés, um erro implícito na coleta de dados, pois no item automedicação e medicamentos da automedicação temos um grande número de pacientes que não relataram, se faziam ou não uso, 49 e 95, respectivamente. Isso pode ter ocorrido devido a falta de experiência do condutor da consulta, medo do paciente de relatar e ser chamado a atenção, enfim, isso sugere que nossa amostra tem um vício, um erro. Onde essa prevalência da amostra nesses itens devem ser maiores.

Conforme Domingues,*et.al.*; 2015, na sua revisão sistemática, diz que um terço da população (33,33%) adulta realiza a automedicação, relatada em diversos estudos nos últimos 15 anos. Mesmo com a suspeita de viés de nossa amostra, os valores encontrados estão bem próximos do que foram encontrado nessa revisão sistemática, nesse item automedicação.

Analisando as prescrições temos que a interação/inconsistência mais comum na nossa amostra são de medicamentos para dor de uso contínuo, seguido pelos medicamentos protetores gástricos de uso contínuo.

Verificou-se que quase a totalidade das prescrições tinham algum tipo de problemas (91,96%). Esse resultado é muito preocupante, pois temos um valor muito baixo de prescrições sem erros, o que se tratando de pacientes idosos pode ser fatal.

Conforme Stefano, *et.al.*2017, no seu trabalho afirma que mais de 50% dos medicamentos são prescritos e/ou dispensados de forma incorreta para aos idosos. Além disso, ele afirma que 50% dos idosos utilizam os medicamentos de forma incorreta.

Aqui verificamos a importância da Assistência Farmacêutica, assim como o trabalho da equipe multidisciplinar, podendo melhorar esse índice preocupante da não adesão ao tratamento e o alto número de problemas nas prescrições.

Conforme Gotardelo, *et.al.*, 2014, afirma em seu trabalho, que as interações são um problema de saúde pública e que representam em torno de 5% das internações hospitalares, onde o custo é superior há \$ 15.000,00/internação, em países desenvolvidos. O mesmo autor afirma em seu trabalho que os anti-inflamatórios juntamente com os fármacos para o tratamento de doenças cardiovasculares foram as maiores interações encontradas. Ele também afirma que as classes mais comuns envolvidas com as interações farmacológicas são os que atuam nos Sistema cardiovascular, gastrointestinal, nervoso e musculoesquelético.

Além das inconsistências encontradas percebemos que nossa amostra não tem uma adesão adequada ao tratamento, pois a maioria é descuidado em relação ao horário de tomada da medicação, esquece de tomar a medicação em algum horário prescrito e o dado mais preocupante é que a maioria dos pacientes da nossa amostra tem algum tipo de problema relacionado com a sua prescrição.

Esse descuido do paciente em relação a adesão ao tratamento pode ser um fator preponderante para a automedicação, para a polimedicação e para os parâmetros bioquímicos e físicos não controlados em nossa população.

Quando analisamos as faixas etárias de nossa população em relação ao descuido com o horário de tomada da medicação, temos uma prevalência total de 53,2% de pacientes, onde, os idosos jovens (60-69 anos) não são descuidados, (54,7%), e os outros 70-79 anos e acima de 80 anos, possuem uma prevalência de 60% e 90,9% de descuido, respectivamente.

Esses dados podem refletir o problema da própria idade, o esquecimento pode ser um fator importante nesse caso.

Segundo Schmitt Junior, *et.al.*, 2013, em seu trabalho sobre a avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na A.P.S., encontrou um nível de não adesão ao tratamento em idosos de 35,4% e que essa não adesão tem associação com a prescrição inadequada e o desabastecimento de medicamentos na Atenção Primária.

De acordo com Manso, *et.al.*, 2018. a não adesão ao tratamento dos idosos está relacionado a polifarmácia, ao número de fármacos prescritos, quanto maior, maior o risco de não adesão. Esta não adesão varia de 25-75% e agrava o estado de saúde do paciente, podendo levar o mesmo para internações e com isso aumentando os custos com saúde.

Esses estudos ratificam nossos resultados encontrados, onde encontramos problemas de prescrição inadequada, automedicação, problemas relacionados à prescrição, polifarmácia.

Sugere-se que o tratamento farmacológico prescrito na sua maioria não está sendo seguido pelo paciente, isso ocorre devido há alguns problemas, desde erros na prescrição, falta de adesão, falta de comprometimento do paciente com seu tratamento e sua doença, desconhecimento do prescritor aos tratamentos disponíveis.

7. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológicos dos pacientes idosos atendidos na APS com queixa de dor, são na sua maioria de pacientes do sexo feminino, com baixa escolaridade, do lar ou aposentados, com autonomia para tomar as medicações, sobrepeso ou algum grau de obesidade, com diabetes e hipertensão descompensados, e autorelato de dor de cabeça e dores musculares.

Já no tratamento farmacológico, verificou-se o predomínio de pacientes que não possuem nenhuma alergia, e quando tem, são de fármacos analgésicos, antiinflamatórios e corticóides. Já com relação aos tratamentos alternativos, muitos buscam tratamentos com

medicamentos caseiros. Conforme a Classificação ATC temos a Classes C – Sistema Cardiovascular, Classe A – Sistema Digestivo e Metabolismo e a Classe N – Sistema Nervoso, como as classes de maior ocorrência em nossa amostra, respectivamente. Apenas dois pacientes relataram utilizar tratamento não farmacológico (acupuntura). Parece demonstrar um desconhecimento sobre os tratamentos não farmacológicos disponíveis na Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS.

Quanto a análise das prescrições, encontrou-se diversas interações medicamentosas, dentre elas os medicamentos para dor de uso contínuo e protetor gástrico de uso contínuo. Verificou-se que o paciente é descuidado em relação ao horário da medicação, não tem dificuldade em tomar a medicação, esquece de tomar a medicação e a maioria das prescrições estavam com problemas. Verificou-se a falta de adesão do paciente com seu tratamento, assim como o alto índice de problemas nas prescrições, o que torna-se um problema de saúde pública, pois o paciente idoso com baixa adesão e com prescrições com problemas pode elevar o número de internações e complicações hospitalares.

A terapia farmacológica disponível na REMUS hoje, encontra-se disponível na REMUME/2016.

Concluimos que o tratamento farmacológico e não farmacológico utilizado nos pacientes idosos na APS da REMUS necessita de uma maior divulgação, pois os prescritores, na sua maioria, desconhecem os mesmos. Uma maior inserção do profissional farmacêutico nas equipes multidisciplinares poderia mudar esta realidade, e elevar o nível de contribuição para o bem estar da população assistida. Com o desconhecimento do tratamento por parte dos profissionais, o tratamento disponibilizado fica comprometido, e muitas vezes, gera interações, ou uso contínuo inadequado e sofrimento do paciente. Portanto, como forma de contribuir com esse grupo da população, tendo em vista maior êxito do tratamento e menor risco de interações e reações adversas a medicamentos o conjunto dos dados permitiu a elaboração de um manual para orientação no atendimento deste paciente idoso na APS, onde foi elencado os tratamentos hoje disponíveis e o que poderia ser alterado, evitando principalmente a condição do idoso e as possíveis interações medicamentosas.

Este manual estará disponível em forma de tabela, onde será composta por uma pequena literatura, onde verificam-se as possíveis interações, dosagens, e cuidados que devem ser tomados. Nesse manual encontraremos tanto o manejo farmacológico como não farmacológico disponível. O mesmo após concluído e aprovado pela REMUS, será disponibilizado de forma digital para facilitar o acesso dos prescritores e com isso melhorar o tratamento algico na APS de Campo Grande/MS. O Manual encontra-se no Apêndice E.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2017**. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em 16 de abr. de 2019.
2. AUTOMEDICAÇÃO. **Revista Associação Medicina Brasileira**. São Paulo, v. 47, n. 4, p. 269-270, Dezembro/2001. DOI.: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000400001>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de abr. de 2019.
3. MONTEIRO, S.C.M.; AZEVEDO, L.S.; BELFORT, I.K.P. Automedicação em idosos de um Programa Saúde da Família, Brasil. **Infarma Ciências Farmacêuticas**. [s.l.], v.26, e.2, p.90-95, dez. 2014. DOI: 10.14450/2318-9312.v26.e2.a2014.pp90-95. Disponível em: <https://doaj.org/article/9645e7386a814910a2581fae114f0b40>. Acesso em 16 abr. 2019.
4. LIMA, T.A.M.; FURINI, A.A.C.; ATIQUÊ, T.S.C.; DONE, P.D.; MACHADO, R.L.D.; GODOY, M.F. Análise de potenciais interações medicamentosas e reações adversas a anti-inflamatórios não esteroides em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2016, v. 19, n. 3, p. 533-544. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150062>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150062>.
5. KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n.3, p. 200-210, jun. 1987. DOI.: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?frbrVersion=3&script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 abr. 2019.
6. MONTEIRO, E.C.; O envelhecimento populacional e a prática da assistência social no Estado do Ceará: uma análise à luz da Política Nacional do Idoso. **Kairós Gerontologia**. v.16, n.1, p.129-141, dez 2013. ISSN: 1516-2567 (Print); 2176-901X (Online). Disponível em: <https://doaj.org/article/b8d3d202309c42449e70d65fd9961262>. Acesso em 17 abr. 2019.

7. BRASIL. Lei n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p.1, out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 17 abr. 2019.

8. VIEIRA, R.S.; DE SOUZA VIEIRA, R.; Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção Básica à saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v.17, n.1, p.14-37, marc. – jun. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117042>. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p14-37>. Acesso em 17 abr. 2019.

9. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE**. Coordenação de População e indicadores sociais, Síntese de indicadores Sociais: uma análise das Condições de vida da população Brasileira. 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em 17 abr. 2019.

10. MACHADO, A.M.O.; Doenças crônicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v.42, n.1, fev. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442006000100001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442006000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 abr. 2019.

11. PEREIRA, D.N.; *et.al.* Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. **CINERGIS**. Santa Cruz do Sul, v. 18, n.3, maio 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/9320>. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i3.9320>. Acesso em 22 abr. 2019

12. CAMPOS, M.O.; *et.al.* The impact of risk factors of non-communicable chronic diseases on quality of life. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n. 3, p. 873-882, Rio de Janeiro, Marc. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300033>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300033&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 abr. 2019.

13. MALTA, D.C.; *et.al.* Chronic Non Communicable Diseases and the support of intersectorial action to tackle them. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4341-4350, Rio de Janeiro. nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 abr. de 2019.

14. KAYSER, B. *et.al.* Influência da dor crônica na capacidade funcional do idoso. **Revista Dor**. v.15, n.1, p.48-50, mar. 2014, São Paulo. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100048&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de abr. de 2019.

15. ELY, L.S.; *et. al.* Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**. v.18, n.3, p. 475-485, set. 2015, Rio de Janeiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14141>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300475&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 abr. 2019.

16. VILELA, P.A., *et. al.* Percepção da saúde e dor em idosos em unidades de saúde. / Perception of health and pain in elderly health units. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. v. 1, n. 5, p. 54-64, 2017. Disponível em: <<http://search-ebSCOhost-com.ez51.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=128596674&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

17. OLIVÊNCIA, S.A.; *et.al.* Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. v.21, n.3, p. 383-393, Rio de Janeiro, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170179>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300372&lng=en&tlng=en. Acesso em: 04 de mai. 2019.

18. BARCELLOS, D.K.; THÉ, K.B. Dor: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso. Comissão de Dor. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Brasil, 2018.

Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBGG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf. Acesso em: 04 de mai. 2019.

19. SALLUM,A.M.C.; GARCIA,D.M.; SANCHES,M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **ACTA Paulista de Enfermagem**. v.25, n.1 (especial), p. 150. São Paulo.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf. Acesso em: 04 de mai. 2019.

20. SANTOS, F.C.; *et al* . Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Revista Dor**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 171-175, Setembro 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mai 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150034>.

21. CASTRO, A.P.R.; *et al* . Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 155-163, Abril 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mai 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>.

22. PEREIRA,L.V.; *et al*.Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.v.22, n.4, p.662-669. Ribeirão Preto/SP. Agosto de 2014. DOI.: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400662&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 de mai. 2019.

23. CRUZ,R.M.;SARDA JR., J.J. Diagnóstico de aspectos emocionais associados à lombalgia e à lombociática. **Revista Avaliação Psicológica**. v.2, n.1, p.29-33,Porto Alegre/RS, junho 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de mai. 2019.

24. PEREIRA, F.S.; RABELLO, G.D. Aspectos Psicológicos Envolvidos no Processo de Cronificação Algica. **Arquivos Catarinense de Medicina**. v.23, n.1, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/157.pdf>. Acesso em: 04 de mai. 2019.
25. BUDÓ, M.L.D.; *et.al.* A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.41, n.1, p. 36-43, Santa Maria/RS, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a04>. Acesso em: 18 de mai. 2019.
26. SALVETTI, M.; PIMENTA, C. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista Da Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 1, p. 135-140, São Paulo, 1 mar. 2007. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 de mai. 2019.
27. SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**. v.12, n. 2, p.138-151, São Paulo, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11>. Acesso em: 18 de mai. 2019.
28. DADALT, G.T.; EIZERIK, D. P.; Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Revista Brasileira de Farmácia**. v.94, n.2, p. 89-93, 2013. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-94-2-1-2013.pdf>. Disponível em: 25 de mai. 2019.
29. **NOVALGINA**: gotas/injetável. Responsável Técnico Silvia Regina Brollo. Suzano: Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda, 2016. 1 bula de remédio (8 p.)
30. **CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**. Resolução n. 586 de 29 de ago. 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/prescri%C3%A7%C3%A3o%20farmaceutica%202015\(1\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/prescri%C3%A7%C3%A3o%20farmaceutica%202015(1).pdf). Acesso em: 25 de mai. 2019.
31. **TYLENOL**: gotas/comprimido. Responsável Técnico Marcos R. Pereira. São José dos Campos: Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA, 2015. 1 bula de remédio (2 p.)

32. FLORES, M.P.; de CASTRO, A.P.C.R.; NASCIMENTO, J.S.; Analgésicos Tópicos. **Revista Brasileira Anestesiologia**. vol.62, n.2, Março-Abril, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a10.pdf>. Acesso em: 25 de mai. 2019.
33. **MATO GROSSO DO SUL**. Resolução SESAU n. 333, DE 15 de mar. 2017. Relação municipal de medicamentos essenciais do município de Campo Grande - REMUME 2016. Diário Oficial de Campo Grande – MS. N.4833 de 16 de mar. 2017. Acesso em: 25 de mai. 2019.
34. **CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2%**: injetável. Responsável técnico Walter F. da Silva Junior. Anápolis: NOVAFARMA Indústria Farmacêutica LTDA, 2015. 1. Bula remédio (4-9 p.)
35. **CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**. Ácido acetilsalicílico como antiagregante plaquetário: qual a conduta ideal? PHARMACIA BRASILEIRA. Boletim Farmacoterapeutico. ISSN 1413-9626. Ano IX, n.04. Julho/Agosto 2004. Brasília, 2004.
36. **ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 mg**: comprimidos. Responsável Técnico Ronoel Caza de Dio. Hortolândia: EMS S/A, 2015. 1. Bula remédio.
37. GELLER, M.; *et.al.* Utilização do diclofenaco na prática clínica: revisão das evidências terapêuticas e ações farmacológicas. **Revista Brasileira Clínica Médica**. v. 10, n. 1, p 29-38, jan-fev, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2677.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2019.
38. **DICLOFENACO DE SÓDIO**: comprimidos. Responsável Técnico Charles Ricardo Mafra. Pouso Alegre: CIMED Indústria de Medicamentos LTDA, 2015. 1. Bula remédio.
39. SEABRA, C.I.R. Farmacocinética do Ibuprofeno. **Dissertação de Mestrado** – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto, p. 4, 2015.
40. **IBUPROFENO**: comprimidos. Responsável Técnico Marco Aurélio Limirio G. Filho. Anápolis: Brainfarma Indústria Química e Farmacêutica S.A., 2015. 1. Bula remédio.

41. MURI,E.M.F; SPOSITO, M.M.M.; METSAVAHT, L. Anti-inflamatórios não-esteroidais e sua farmacologia local. **Revista Acta Fisiátrica**. v.16, n. 4, p. 186-190, Rio de Janeiro, 2009.
42. BAVARESCO, L; BERNARDI, A.; BATTASTINI, A.M.O. Glicocorticoides: Usos Clássicos e Emprego no Tratamento do Câncer. **INFARMA. Sistema de Gestão Farmacêutica**. v.17, n.7/9, 2005. Disponível em: <http://cebrim.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/19/inf003.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2019.
43. ANTONOW, D.R.; MONTEIRO, G.A.; ARAUJO, M.C.S. Glicocorticoides: uma Meta-Análise. **DISC. SCIENTIA. Série: Ciências da Saúde**. v.8, n. 1, p. 51-68, 2007.
44. GOODMAN, A. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2012.
45. SERENIKI, A.; VITAL, M.A.B.F.A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e Farmacológicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.30, n.1, Porto Alegre, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de jun. 2019.
46. DEXAMETASONA: xarope. Responsável técnico Tatiana de Campos. Campinas: Medley Farmacêutica Ltda, 2017. 1 Bula Remédio.
47. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA-CFF. Prednisona e Prednisolona. **Centro Brasileiro de Informação Sobre Medicamentos (CEBRIM/CFF)**. 2012. Disponível em: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=618>. Acesso em: 08 de jun. 2019.
48. BRASIL. Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, dez. 1998. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 08 de jun. 2019.

49. ALVEZ, T.C.A.; AZEVEDO, G.S.; CARVALHO, E.S. Tratamento Farmacológico da Neuralgia do Trigêmeo: Revisão Sistemática e Metanálise. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v. 54, n. 6, p. 836-849, novembro-dezembro, 2004. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n6/en_v54n6a15.pdf. Acesso em: 08 de jun. 2019.
50. BRASIL. Portaria 1.083 de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 03 de out. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html. Acesso em: 08 de jun. 2019.
51. CORDIOLI, A.V. Psicofármacos – **Consulta Rápida**. 3ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.
52. PEREIRA, *et.al.* Práticas Integrativas e Complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. v.9, n.2, p. 712, fevereiro 2014, Recife. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201529. Acesso em 08 de jun. 2019.
53. CARVALHO, J.L.S.; NÓBREGA, M.P.S.S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.38, n. 4, 2017, São Paulo. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf>. Acesso em: 08 de jun. 2019.
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 971, 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 03 de mai 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 08 de jun. 2019.
55. WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, 2009. ISBN: 978-85-7825-021-8.

56. GUIBU, I.A.; *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Saude Publica**. v.51, SUPL. 2:17s, 2017. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>. Acesso em: 08 de Dez. 2020.
57. AMARAL, F. L. J. dos S.; *et al.* Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v.17, n.11, p.2991-3001, Novembro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de Dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>.
58. PASKULIN, L.M.G.; VALER, D.B.; VIANNA, L.A.C.. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, BRASIL). **Ciência Saúde Coletiva**. v.16, n.6, p.2935-2944, Rio de Janeiro. Jun. 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600031>.
59. GUIDOLIN, B.L., *et al.*; Padrões de uso de álcool em uma amostra de idosos cadastrados no programa de Estratégia Saúde da Família de PORTO ALEGRE, BRASIL. **Ciência Saúde Coletiva**. v.21, n.1, p. 27-35. Rio de Janeiro. Janeiro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de dez. de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.10032015> .
60. ZANGIROLANI, L.T.O., *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, BRASIL: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, p. 1221-1232, Rio de Janeiro. Apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Dez 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16442016>.

61. DOMINGUES, P.H.F., *et.al.* Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**. v.49, 36, São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100403&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de dez. de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005709>.
62. GOTARDELO, D.R., *et al.* Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.9,n,31,p.111 – 118, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)833](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)833). Acesso em: 10 de dez. de 2020.
63. SCHMITT JUNIOR, A. A.; LINDNER, S.; HELENA, E.T. de S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Revista Associação Medicina Brasileira**. v. 59, n. 6, p. 614-621, São Paulo, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.016>.
64. IBUPROFENO. **Revista Cubana De Farmácia , Ciudad De La Habana**. v. 50, n. 1 de março de 2016. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152016000100018&lng=en&nrm=iso>. acesso em 02 de fevereiro de 2021.
65. PREDNISONA. Comprimido. Responsável Erika Santos Martins. São Bernardo do Campo / SP : E.M.S. S/A. 1. Bula Remédio.
66. BATLOUNI, M. Anti-inflamatórios não esteroides: efeitos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 94,n. 4,p 556-563, São Paulo, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010000400019>
67. MEDEIROS, M.C.; *et.al.*, 2013. Meloxicam – análise comparativa entre Literatura e bulas do mercado. **XIII Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – JEPEX 2013 – UFRPE –**

Universidade Federal Rural de Pernambuco. Recife. 09 – 13 fev. 2013. Disponível em: <http://www.eventosufrpe.com.br/2013/cd/resumos/R0037-1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

68. MELOXICAM, comprimido. Responsável Telma Elaine Spina. Hortolândia / SP : E.M.S. S/A. 1. Bula Remédio.

69. AMYTRIL, comprimido. Responsável Joaquim A. dos Reis. Itapira / SP: Cristália – Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA. 1. Bula Remédio.

70. NORTRIPILINA, comprimido. Responsável Sônia Albano Badaró. São Paulo / SP: Eurofarma Laboratórios S.A. 1. Bula Remédio.

71. GABAPENTINA, comprimido. Responsável Ronoel Caza de Dio. Hortolândia / SP: E.M.S. S/A. 1. Bula Remédio.

72. CARBAMAZEPINA, comprimido. Responsável Ronoel Caza de Dio. Hortolândia / SP: E.M.S. S/A. 1. Bula Remédio.

73. CICLOBENZAPRINA, comprimido. Responsável Gabriela Mallmann. Guarulhos / SP: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A. 1. Bula Remédio.

74. **BRASIL**, 2018. Ministério da Saúde – Saúde consolida 29 modalidades de práticas integrativas no SUS. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/Praticas-Integrativas.pdf>. Acesso em: 08 de fev. 2021.

75. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE**, 2021. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock. Acesso em: 04 de mai. 2021.

76. LELES, T.S.; CARLOS, M.M.; PAULIN, G.S.T. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. v.2,n.2,p.305-318. Rio de Janeiro. 2018. doi:<https://doi.org/10.47222/2526->

3544.rbto13587. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/13587/pdf>. Acesso em: 06 mai. 2021.

77. CIOLA, G.; *et al.* Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000300201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200065>.

78. MINAS GERAIS, 2016. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais. **Catálogo de Materiais e Serviços - CATMAS** : Manual do grupo de medicamentos. Minas Gerais.

79. FRANCISCO, P.M.S.B., *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, nov. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 maio 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>.

80. FERRETI, F.; *et al.* Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. **Brazilian Journal of Pain (BrJP)**. São Paulo, 2019, v. 2, n. 1, p. 3-7, jan.-mar.2019. Acesso em 24 Mai. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>>. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>.

81. STEFANO, I.C.A.; *et al.* Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2017, v. 20, n. 05, p. 681-692. set-out. 2017. Acesso em 24 mai. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170062>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170062>.

82. MANSO, M.E.G; *et.al.* Adesão de idosos ao tratamento medicamentoso em diferentes níveis de Atenção à Saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**. São Paulo, 2018, v. 21, n.03, p. 347-358. Acesso em 24 mai. 2021. Disponível em: doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p347-358>.

83. ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2005, v. 13, n. 5, p. 754-757. Acesso em 28 Mai. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>>. ISSN 1518-8345.

84. ISMP – INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. **Boletim ISMP – Medicamentos potencialmente inadequados para idosos**. Agosto 2017. v.7, n. 3, p.1-6. Belo Horizonte / MG. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/09/is_0006_17a_boletim_agosto_ismp_210x276mm_v2.pdf. ISSN 2317-2312. Acesso em 07 de jun. 2021.

85. OLIVEIRA, M.G.; *et.al.* CONSENSO BRASILEIRO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1-14, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5327/Z2447-211520161600054> > DOI: 10.5327/Z2447-211520161600054. Acesso em: 07 jun. 2021.

86. VANZELLA, E; *et.al.* O ENVELHECIMENTO, A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E O IMPACTO NAS INTERNAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS. **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**. Campina Grande: Realize Editora, 2017. p. 677-695. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/64882>>. Acesso em: 06 de set. 2021.

87. BARROS,D.S.L.; SILVA,D.L.M.; LEITE,S.,N. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2020, v. 18, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>>. Acesso em: 06 de set. 2021.

88. Painel de especialistas da atualização do Beers Criteria® da American Geriatrics Society de 2019. “American Geriatrics Society 2019 Atualizado AGS Beers Criteria® para o uso de

medicamentos potencialmente inadequados em adultos mais velhos.” **Journal of the American Geriatrics Society**. 2019, v. 67, n. 4, p. 674-694. Disponível em: doi: 10.1111 / jgs.15767. Acesso em 06 de set. 2021.

APÊNDICE A -TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), MARCELO DA SILVA DIAS, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 712.559.661-49, portador (a) do documento de identidade sob n°. 3011 CRF/MS, residente e domiciliado (a) à Rua Av. Marquês de Pombal, n° 1889, bairro Tiradentes, nesta Capital, telefone n°. (67) 99998-9694, pesquisador (a) do Curso de Mestrado Profissional Saúde da Família, da instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, com o título do projeto de pesquisa MANUAL ORIENTATIVO NO MANEJO E CONTROLE DA DOR EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPO GRANDE MS, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 07 de outubro de 2019.

Marcelo da Silva Dias
Farmacêutico - Bioquímico
Pes. CRF - MS 3011

Secretaria Municipal de Saúde
Manoel Roberto dos Santos
Chefe de Divisão da Extensão, Pesquisa e
Pos-Graduação em Saúde CEP/SGTE/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;

4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde

5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 07 de outubro de 2019.

Secretaria Municipal de Saúde

Manoel Roberto dos Santos
Chefe de Divisão de Extensão, Pesquisa e
Pos-Graduação em Saúde GEP/SGTE/SESAU

Marcelo da Silva Dias
Farmacêutico - Bloquímico
CRF - MS 3011

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

- 1 Cartão SUS _____
- 2 Prescrição:
() Médica () Odontológica () Farmacêutica () Outra. Qual? _____
- 3 Sexo:
() Masculino () Feminino
- 4 Idade: _____
- 5 Etnia: _____
- 6 Queixa de Dor?
() Sim. () Não.
- 7 Se sim, por quanto tempo?
() < 30 dias () > 30 dias
- 8 Localização da dor e tipo da dor: _____
- 9 Trauma?
() Sim. Tipo de trauma? _____ () Não.
- 10 Teve queda?
() Sim. Houve fratura? _____ Onde? _____ () Não.
- 11 Paciente com histórico de Doença Mental?
() Sim. () Não.
- 12 Tem autonomia para tomar sua medicação?
() Sim. () Não. Se não, qual motivo? _____
- 13 Tem acesso a todos os medicamentos utilizados no SUS?
() Sim () Não. Se não, qual motivo e como adquiriu?
- 14 Tem condições financeiras para comprar os medicamentos que não estão disponíveis no SUS?
() Sim. () Não. Se não, qual motivo e como adquiriu?
- 15 Faz automedicação?
() Sim. Qual medicamento? _____. () Não.
- 16 Quem indicou? _____
- 17 Medicamentos prescritos e posologia completa.
- 18 Problemas encontrados na prescrição? _____
- 19 Fuma:
() Sim. Frequência: ____ () Não

20 Utiliza bebida alcoólica?

Sim. Frequência: _____ Não

21 Consulta Farmacêutica:

Sim Não

22 Uso de Terapias alternativas medicamentosa:

Sim Não

23 Qual?

Chás _____ Remédios Caseiros _____ Simpatia _____ Outra _____

24 Utiliza algum Tratamento alternativo não medicamentoso:

Sim. Qual? _____ Não

25 Consulta com profissionais do NASF:

Sim Qual? _____ Não

26 Uso de Medicamentos Controlados:

Sim. Qual? _____ Não

27 Utiliza o serviço Odontológico da UBSF com Frequência?

Sim. Qual? _____ Não

28 Participa de alguma atividade oferecida pela UBSF?

Sim. Qual? _____ Não

**APÊNDICE C – FÁRMACOS PRESCRITOS CONFORME CLASSIFICAÇÃO ATC
NO 1º E 2º NÍVEL**

MEDICAMENTOS PRESCRITOS / CLASSIFICAÇÃO ATC	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
AAS – B01	7	40	47	6,65%
ÁC. FÓLICO – B03	0	2	2	0,28%
ÁC. VALPRÓICO – N03	0	1	1	0,14%
ALENDRONATO DE SÓDIO – M01	0	10	10	1,41%
ALOPURINOL – M04	2	0	2	0,28%
AMIODARONA – C01	0	1	1	0,14%
AMITRIPTILINA – N06	2	21	23	3,25%
ANLODIPINO - C08	2	21	23	3,25%
ATENOLOL – C07	0	20	20	2,83%
ATENOLOL+CLORTALIDONA – C07+C03	0	1	1	0,14%
ATORVASTATINA – C10	0	1	1	0,14%
BAMIFIX – R03	0	1	1	0,14%
BETAISTINA – N07	0	3	3	0,42%
BROMOPRIDA – A04	0	2	2	0,28%
CAPTOPRIL – C09	4	10	14	1,98%
CARBAMAZEPINA – N03	0	2	2	0,28%
CARBONATO DE CÁLCIO – A11/A12	0	2	2	0,28%
CARBONATO DE CALCIO + VIT. D. – A11/A12	0	4	4	0,57%
CARVEDILOL – C07	0	2	2	0,28%
CICLOBENZAPRINA – M03	0	1	1	0,14%
CILOSTAZOL – C04	0	2	2	0,28%
CINARIZINA – N07	2	6	8	1,13%
CIPROFIBRATO – C10	0	5	5	0,71%
CITONEURIM – N04	1	0	1	0,14%
CLONAZEPAM – N04	1	3	4	0,57%
CLOPIDOGREL – B01	0	1	1	0,14%
CLORETO DE POTÁSSIO – B05	3	24	27	3,82%
CLOROQUINA – P01	0	1	1	0,14%
COMPLEXO B – A11/A12	1	7	8	1,13%
DEXAMETASONA – H02	0	3	3	0,42%
DEXCLORFENIRAMINA – R06	0	7	7	0,99%
DIAZEPAM – N05	0	2	2	0,28%
DICLOFENACO – M01	0	1	1	0,14%
DIGOXINA – C01	0	1	1	0,14%
DIOSMINA+HESPERIDINA – C05	0	16	16	2,26%
DIPIRONA – N02	3	19	22	3,11%
DORFLEX – M03	0	3	3	0,42%
DOXAZOSINA – C02	2	0	2	0,28%
DUTASTERIDA+TANSULOSINA – G04	1	0	1	0,14%

ENALAPRIL – C09	0	2	2	0,28%
ESPIRONOLACTONA – C03	0	2	2	0,28%
FLUCONAZOL – J02	0	1	1	0,14%
FLUOXETINA – N06	0	14	14	1,98%
FUROSEMIDA – C03	0	6	6	0,85%
GABANEURIM – N03	0	1	1	0,14%
GINKGO BILOBA – N06	1	5	6	0,85%
GLIBENCLAMIDA – N06	0	18	18	2,55%
GLICAZIDA – A10	0	1	1	0,14%
HCTZ – C03	5	55	60	8,49%
IBUPROFENO – M01	1	12	13	1,84%
INSULINA LANTUS – A10	0	1	1	0,14%
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN – A10	0	1	1	0,14%
INSULINA NPH – A10	1	15	16	2,26%
INSULINA REGULAR – A10	1	8	9	1,27%
LEVOMEPRMAZINA – N05	0	1	1	0,14%
LEVOTIROXINA – H03	0	12	12	1,70%
LIPANON – C010	0	1	1	0,14%
LOSARTANA POTÁSSICA – C09	7	63	70	9,90%
MELOXICAM – M01	0	2	2	0,28%
MELOXICAM+CODEÍNA+TIZANIDINA +PARACETAMOL+PANTOPRAZOL M01	0	1	1	0,14%
METFORMINA - A10	3	33	36	5,09%
METILDOPA - C02	1	6	7	0,99%
METOPROLOL – C07	2	0	2	0,28%
METOTREXATO – L04	0	2	2	0,28%
NESINA MET – A10	0	1	1	0,14%
NIFEDIPINO – C08	0	1	1	0,14%
ÓLEO MINERAL – A06	0	3	3	0,42%
ÔMEGA 3 – C10	0	1	1	0,14%
OMEPRAZOL – A02	5	33	38	5,37%
PANTOPRAZOL – A02	0	2	2	0,28%
PARACETAMOL – N02	1	9	10	1,41%
POLIVITAMÍNICOS – A11/A12	0	1	1	0,14%
PREDNISONA – H02	0	3	3	0,42%
PREGABALINA – N03	0	1	1	0,14%
PROMETAZINA – R06	0	3	3	0,42%
PROPRANOLOL – C07	4	10	14	1,98%
RANITIDINA - A02	1	13	14	1,98%
RISEDRONATO – M05	0	1	1	0,14%
ROSUVASTATINA – C10	0	1	1	0,14%
SALBUTAMOL – R03	0	3	3	0,42%
SINVASTATINA – C10	6	24	30	4,24%
SULF. DE GLUCOSAMINA – M01	0	1	1	0,14%
SULFATO FERROSO – B03	0	1	1	0,14%
SYMBICORT – R03	0	3	3	0,42%
TORSILAX – M03	0	2	2	0,28%

VITAMINA D – A11/A12	0	1	1	0,14%
ZOLPIDEM – N05	0	1	1	0,14%
TRAVATAM® - S01	0	1	1	0,14%
TIMOLOL – S01	0	1	1	0,14%
DORZOLAMIDA – S01	0	1	1	0,14%
BRIMONIDINA – S01	0	1	1	0,14%
MAGNESIO – A11/A12	0	1	1	0,14%
BOSWELLIA SERRATIA – M01	0	1	1	0,14%
BUPROPRIONA – N07	0	1	1	0,14%
UC II – M05	0	1	1	0,14%
CHÁ - FLOR DA AMAZÔNIA -	0	1	1	0,14%
TOTAL	70	637	707	100%

APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANUAL ORIENTATIVO NO MANEJO E CONTROLE DA DOR EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE

Pesquisador: MARCELO DA SILVA DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25190819.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.854.423

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo elaborar um material de orientação para o controle e manejo da dor em pacientes idosos atendidos na atenção primária de saúde de Campo Grande/MS; analisar o perfil epidemiológico dos idosos com queixa de dor; analisar a conduta medicamentosa adotada nas prescrições; elencar alternativas terapêuticas, farmacológicas e/ou não-farmacológicas, disponíveis na rede municipal e propor a inclusão de novas alternativas terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não-farmacológicas, para o tratamento da dor. Trata-se de um trabalho descritivo, com ampla revisão bibliográfica e de metodologia quantitativa, onde será analisada uma amostra de 839 registros de consultas farmacêuticas, realizadas no período de abril/2016 até agosto/2019, dos pacientes atendidos na Atenção Básica de Saúde. Serão incluídos no estudo os prontuários e registros de consultas farmacêuticas dos pacientes idosos, que possuam a queixa de dor e/ou que tenham recebido em sua prescrição ao menos um medicamento para o tratamento do processo doloroso, por pelo menos 30 dias, atendidos na APS de Campo Grande/MS. Será considerado como paciente idoso, aquele paciente com idade igual ou superior a 60 anos e será considerado paciente polimedcado, aquele que tiver três ou mais medicamentos de uso contínuo e que tenham a queixa de dor. Também será analisado o tempo de uso, via de administração, forma farmacêutica, local de dispensação do medicamento e associação medicamentosa. Para a inclusão dos pacientes idosos com queixa de dor, será utilizado o instrumento de coleta, onde, serão avaliados os registros de consultas farmacêuticas juntamente

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.854.423

com o Instrumento, para a avaliação do potencial de interação medicamentosa, posologia, adesão ao tratamento prescrito, entre outros parâmetros. Para a realização dessa avaliação será analisado o perfil epidemiológico, a conduta medicamentosa e não medicamentosa adotada nas prescrições médicas e odontológicas, para o controle e manejo da dor em pacientes Idosos, pelo próprio pesquisador. Este trabalho justifica-se pela falta de padronização e critérios no atendimento ao paciente Idoso no tratamento da dor na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande/MS. Sendo que em diversas oportunidades, este paciente acaba realizando o uso desnecessário da medicação, ocorrendo interações medicamentosas, uso em subdose ou sobredose, inclusive realizando a automedicação, podendo aumentar o risco de Reações Adversas e problemas mais sérios, além de onerar monetariamente o sistema de saúde. Ao fim deste trabalho será apresentado um manual orientativo com as condutas e tratamentos farmacológicos e não farmacológicos mais indicados para o manejo e controle da dor em pacientes Idosos na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande/MS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral. O presente estudo tem por objetivo elaborar um manual orientativo no manejo e controle da dor em pacientes Idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande/MS.

Objetivos Específicos: Analisar o perfil epidemiológico dos Idosos com queixa de dor; Analisar as prescrições medicamentosas dispensadas para controle e manejo da dor na Atenção Primária de Saúde de Campo Grande em pacientes Idosos; Elencar as alternativas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) disponíveis na rede municipal para o tratamento da dor; Propor a inclusão de novas ferramentas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) para o manejo e controle da dor.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são os mínimos possíveis, pois será utilizado o banco de dados das consultas farmacêuticas. Para evitar possíveis riscos ao banco de dados, o mesmo será armazenado no computador particular do pesquisador, e será realizado backup pelo menos uma vez por semana, para garantir a integridade e segurança dos mesmos.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

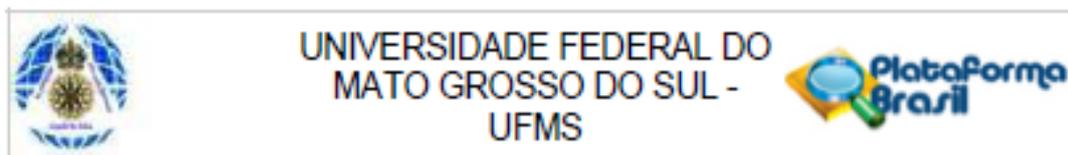
UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.854.423

Benefícios:

Em relação aos seus benefícios, o projeto corresponde a uma investigação de intervenções complementares que permitiu através dos dados coletados, reordenar as ações e políticas públicas referentes à promoção de saúde fornecendo um levantamento do trabalho desenvolvido no município e conseqüentemente uma redução de custos com o tratamento farmacológico e não farmacológico, inclusive com a redução do número de internações de pacientes idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto detalhado: Documento adequado

Cronograma de execução: Documento adequado

Orçamento: Documento adequado

Questões empregadas na coleta de dados (Instrumentos): Documento adequado

Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários/banco de dados em projetos de pesquisa: Documento adequado

Carta de anuência da instituição: Documento adequado

Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Informação adequada

Recomendações:

Considerando o cronograma de início das atividades, recomendamos seu ajuste quanto a coleta de dados ao seu início após o início da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não consta pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

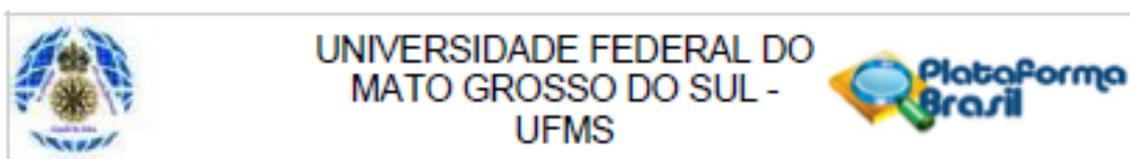
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1459621.pdf	19/12/2019 22:07:50		Acelto

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110

UF: MS Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.854.423

Outros	Resolucoes_pendencias_projeto.docx	19/12/2019 22:06:42	MARCELO DA SILVA DIAS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_Marcelo_comg lido.docx	19/12/2019 22:01:38	MARCELO DA SILVA DIAS	Acelto
Outros	Termo_de_consentimento_banco_de_d ados.pdf	19/12/2019 00:39:55	MARCELO DA SILVA DIAS	Acelto
Outros	Termos_de_anuencia_sesau.pdf	28/10/2019 22:37:37	MARCELO DA SILVA DIAS	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_preenchida.pdf	28/10/2019 22:31:03	MARCELO DA SILVA DIAS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 21 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

APENDICE E - MANUAL ORIENTATIVO

**MANUAL ORIENTATIVO PARA MANEJO E CONTROLE DA DOR NO
PACIENTE IDOSO**

Autores: Marcelo da Silva Dias e Dra. Ana Tereza Gomes Guerrero

Campo Grande/MS

2021

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	84
2 IMPORTÂNCIA	84
3 SUBMISSÃO	85
4 IMPLANTAÇÃO	85
5 OBJETIVO	85
6 MANUAL DE ORIENTATIVO PARA MANEJO E CONTROLE DA DOR NO PACIENTE IDOSO.....	85
Tabela 1 – Escala Analgésica : Degraus do Tratamento da dor nociceptiva e mista	86
FLUXOGRAMA - Tratamento Farmacológico e Não farmacológico paciente idoso.....	87
6.1 Fármacos não-opioides	88
Figura 2 – Local de ação dos Anti-inflamatórios hormonais e AINES.....	88
Quadro 01 – Medicamentos padronizados da REMUME/2016 na APS de Campo Grande/MS	89
Quadro 2 – Risco de Perfuração, Obstrução e Sangramento (POS) - AINES.....	93
Quadro 03 - Sugestão de inserção de AINES ao tratamento dos pacientes idosos na APS de Campo Grande/MS	93
Quadro 04 - Sugestão de inserção de Fármacos Opióides ao tratamento farmacológico à APS de Campo Grande/MS	94
6.2 Fármacos Adjuvantes	95
Quadro 05 – Fármacos Adjuvantes padronizados na APS de de Campo Grande/MS	95
Quadro 06 - Sugestão de inserção de fármacos adjuvantes ao Tratamento da APS de Campo Grande/MS.	97
Tabela 8 - Ajuste de Dose da Gabapentina, conforme o Clearance de Creatinina.....	98
6.3 Tratamento não farmacológico	98
Quadro 07 – PIC’s disponíveis no BRASIL / SUS.	99
7 CONCLUSÃO.....	99

1 INTRODUÇÃO

Com o intuito de subsidiar as melhores e mais seguras decisões clínicas no tratamento da dor nos pacientes idosos atendidos na A.P.S. de Campo Grande/MS, foi confeccionado este manual, contendo as informações básicas e seguras para o auxílio do profissional de saúde que estará realizando o atendimento deste paciente.

Conforme Echer, 2005, a elaboração de manuais orientativos devem seguir alguns passos específicos, para que a qualidade das informações contidas no mesmo possam ser reproduzidas. Ela cita no seu trabalho que primeiramente você deve ter em mente, muito claramente, o que deseja explicar e orientar com esse material. Após esse primeiro vislumbre, o manual deve ser submetido a um comitê de ética em pesquisa para que seja aprovado, buscar conhecimento científico específico também é uma das suas etapas. Ela frisa que o manual deve ser claro, com linguagem de fácil entendimento, para que qualquer profissional e/ou usuário possa utilizá-lo. Como o manual será utilizado por diversos profissionais/pacientes, ela cita que deva ocorrer uma qualificação desse material, visando uma avaliação do material que foi produzido. É citado em seu trabalho que essa avaliação deva ocorrer em três etapas: Avaliação de profissionais, familiares e pacientes. Ainda segundo a autora os manuais são importantes porque facilitam o cotidiano dos profissionais, uniformizando as informações da equipe multiprofissional, facilitando a orientação para os pacientes e sua família sobre todo o processo saúde-doença-tratamento.

No Brasil hoje temos um Protocolo de Diretrizes Clínicas para o tratamento da Dor Crônica, onde serve de arcabouço teórico para a elaboração deste manual.

Este manual assim que estiver pronto será validado perante a equipe multidisciplinar da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, para que o mesmo comece a ser empregado nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família.

Após a Validação deste manual, o mesmo será aplicado de forma piloto em uma Unidade Básica de Saúde de grande movimento e de maior quantidade de pacientes idosos. Através deste primeiro teste, poderemos melhorar o mesmo de forma contínua, para posterior aplicação em toda A.P.S.

2 IMPORTÂNCIA

Este manual tem grande importância para Saúde Pública de Campo Grande/MS, podendo ser referência nacional sobre o assunto. A aplicação deste manual facilitará o

trabalho dos profissionais de saúde, uniformizando as informações, facilitando o tratamento e encaminhamentos corretos desse paciente idoso.

3 SUBMISSÃO

Após apresentação deste manual na Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS, o mesmo passará por uma validação pelo comitê de farmacoterapia da cidade. Após a Validação deste manual, o mesmo será aplicado de forma piloto em uma Unidade Básica de Saúde de grande movimento e de maior quantidade de pacientes idosos. Através deste primeiro teste, poderemos melhorar o mesmo de forma contínua, para posterior aplicação em toda A.P.S.

4 IMPLANTAÇÃO

Após realizadas as melhorias, através das sugestões das etapas anteriores, o mesmo será aplicado em sua integridade pelos serviços Médicos, Enfermagem, Farmácia, Odontologia e outros serviços da A.P.S. que forem úteis.

5 OBJETIVO

Este manual tem como finalidade facilitar o atendimento da equipe multidisciplinar no atendimento do paciente idoso, evitar erros de prescrição, evitar a falta de adesão ao tratamento do paciente e por fim, ser um meio de auxílio para implantação de novas técnicas e terapias no tratamento algico do paciente idoso. Ser uma ferramenta para facilitar a inclusão de novos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. A falta de padronização, desconhecimento perante os tratamentos disponíveis, erros de prescrição, falta de adesão dos pacientes, são alguns dos objetivos esperados com a elaboração e aplicação deste manual orientativo.

6 MANUAL DE ORIENTATIVO PARA MANEJO E CONTROLE DA DOR NO PACIENTE IDOSO

Como vimos anteriormente o nosso material terá como foco principal paciente idosos, com dor atendidos na A.P.S. de Campo Grande/MS. Pensando que este tipo de paciente possui certas características próprias, temos que seguir um critério para avaliarmos quais

tratamentos farmacológicos podemos utilizar. Para a confecção deste manual utilizamos como base os critérios de BEERS.

Os Critérios de BEERS foram criados em 1991 tendo como objetivo listar os medicamentos com grandes riscos para os idosos internados em instituições de longa duração. Esses critérios sofrem atualizações com uma certa frequência, a última de 2015, foi atualizada pela *American Geriatrics Society (AGS)*, onde foi atualizada com a literatura internacional mais atual disponível. Segundo esses critérios o uso prolongado de AINES (antiinflamatórios não seletivos COX-2) são classificados como sendo não adequados para idosos, e devem ser utilizados com grande monitoramento por parte do profissional. Quando necessário esta classe de medicamentos, o paciente deve ser monitorado. Pode ocorrer grande risco de sangramento gastrointestinal e em pacientes hipertensos e/ou com doenças cardiovascular, pode ocorrer interações. (ISMP,2017)

Além de seguirmos estes critérios, vamos também utilizar neste manual a escala Analgésica de degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista, que já foi disponibilizado anteriormente na Tabela 01.

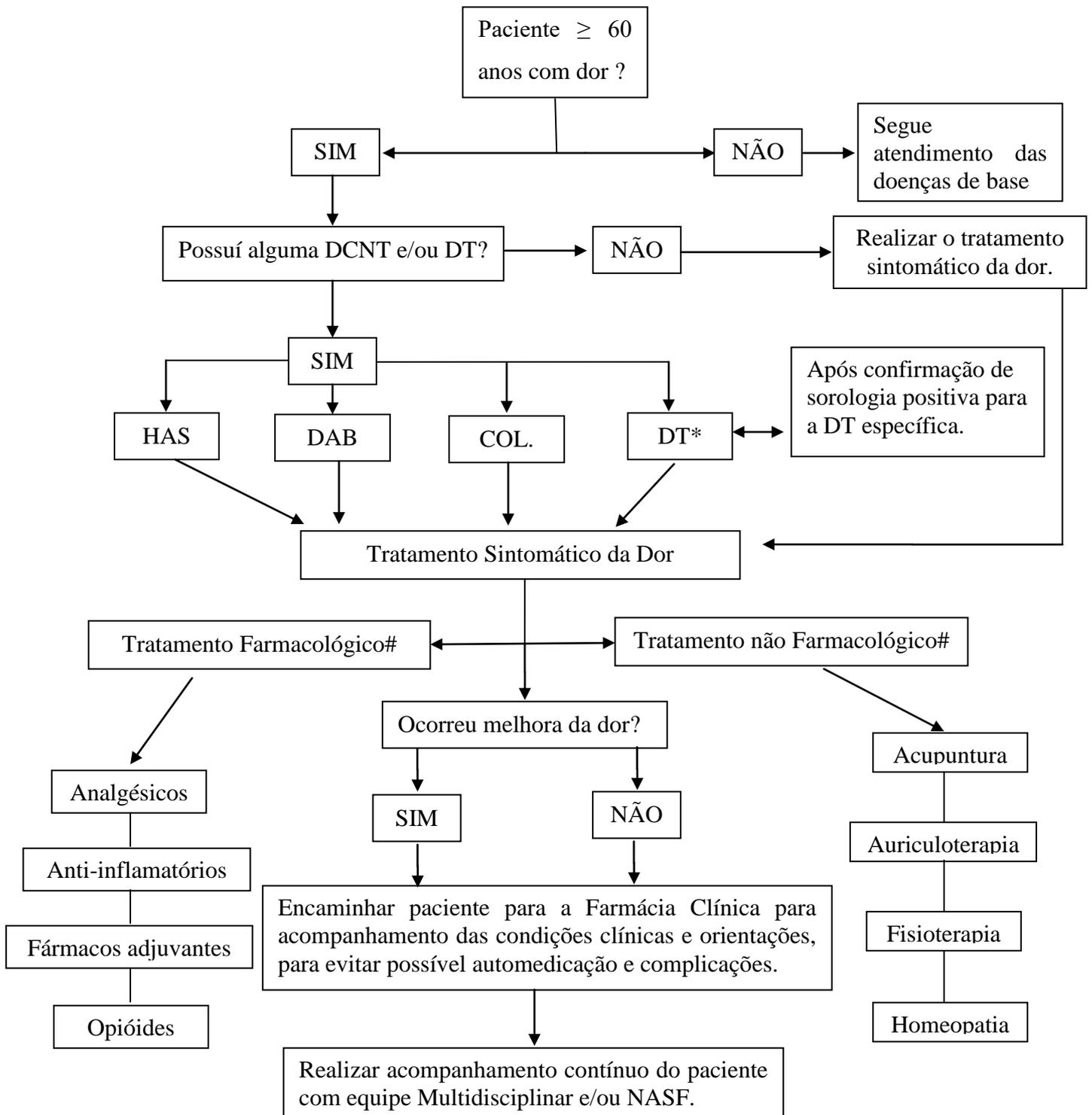
Tabela 1 – Escala Analgésica : Degraus do Tratamento da dor nociceptiva e mista

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes
2	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opióides fracos
3	Analgésicos e Anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opióides fortes

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dor Crônica, BRASIL, 2012

Como o intuito desse material é o auxílio ao prescritor para a redução da dor no paciente idoso, atendido na APS de Campo Grande/MS, vamos associar a escala de analgesia com os tratamentos não-farmacológicos disponíveis, da seguinte forma:

FLUXOGRAMA - Tratamento Farmacológico e Não farmacológico paciente idoso.



* Doenças transmissíveis e suas sequelas; # Podemos realizar a associação do Tratamento Farmacológico e não Farmacológico, não havendo superioridade entre ambas.

6.1 Fármacos não-opioides

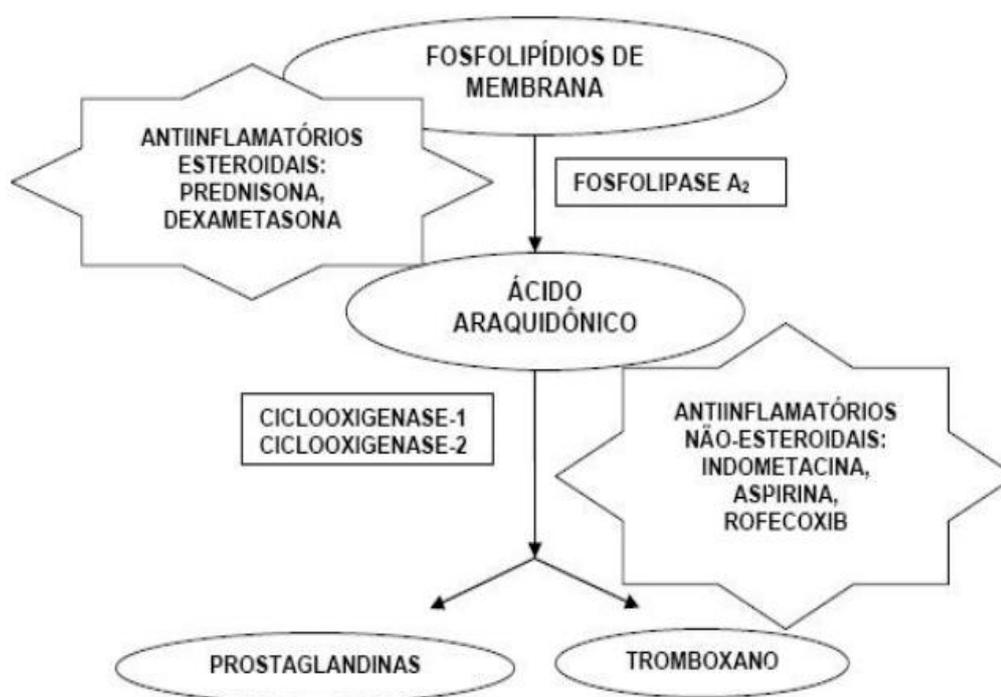
Utilizaremos primeiramente os fármacos não-opioides, que são utilizados para dores leves à moderadas, são eles: Analgésicos (Dipirona, Paracetamol) e AINES (Ibuprofeno, AAS, diclofenaco) e AIES (Prednisona e dexametasona). Lembrando que o AAS é utilizado na PMCG como um antiagregante plaquetário, como cardioprotetor, não se enquadrando para o tratamento e alívio da dor e não fazendo parte deste manual por este motivo.

Deve ser utilizado com cuidado os AINES, devido aos riscos de eventos adversos, principalmente em pacientes idosos. Dar preferência à associação analgésico+(AINES ou AIES), para a completa melhora da dor, lembrando sempre de não utilizar estas medicações por períodos prolongados. (BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B, 2018)

Segundo o autor, não devem utilizar estas classes de medicamentos acima da dose máxima, pois não ocorrerá melhora, e aumentará os riscos de reações.

Evitar associação entre AINES e AIES, são medicamentos contraindicados, aumentam o risco de efeitos adversos e não possuem efeito sinérgico. (BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018). Conforme a Figura 2, que vimos anteriormente, ilustra muito bem esta impossibilidade de associação.

Figura 2 – Local de ação dos Anti-inflamatórios hormonais e AINES.



Pode-se verificar na imagem que o Corticosteróide age inibindo a fosfolipase, com essa inibição, não tem a formação de Ácido Araquidônico, e conseqüentemente não ocorrerá a formação das COX (local de ação dos AINES). Como não há formação das COX o AINES não tem local para ação, portanto, sua utilização fica desnecessária, devendo-se optar por uma ou outra classe. Esse seria o mecanismo para a não utilização associada de ambas as classes.

Quadro 01 – Medicamentos padronizados da REMUME/2016 na APS de Campo Grande/MS

<i>Tratamento</i>	<i>Apresentação</i>	<i>Posologia</i>	<i>Cuidados</i>	<i>Observação</i>
AAS – Ácido Acetilsalisílico	100 mg – cpr.	500 mg 4/6h	Risco de sangramento gástrico e de hemorragias. Utilizar com cuidado e monitoramento. Dose máxima = 5 gramas / dia.	utilizado como cardioprotetor e antiagregante plaquetário.
Dipirona	500 mg/ml – gotas 500mg/ml - injetável	500 – 1000 mg 4/6 h	Pode reduzir a PA.	Início de ação rápido 30 min. – Dose Máxima 6 gramas / dia
Paracetamol	500 mg – cpr 200mg/ml - gotas	500 – 1000 mg 4/6 h	Medicamento com grau hepatotóxico. Monitorar	Início de ação rápido 30 min. – Dose Máxima 6 gramas / dia
Brometo de Escopolamina Hioscina	10 mg - cpr 10 mg – injetável	10 – 20 mg 6/8 h	Eventos adversos leves e desaparecem rapidamente, são eles: boca seca, retenção urinária, taquicardia, etc (Bula Hioscina)	Anticolinérgico Antiespasmódico Antimuscarínico (Bula Hioscina) # Conforme Critérios de BEERS devem ser evitados, exceto quando em cuidados

				paliativos de curto prazo para reduzir secreções orais.
Ibuprofeno	600 mg – cpr 50 mg/ml – gotas	600 mg 6/8/12h	<p>Interações:</p> <p>Diuréticos: reduz os efeitos do antihipertensivo e aumenta o risco de nefrotoxicidade e aumento da pressão arterial;</p> <p>Anticoagulantes / Corticóides: Aumenta os riscos de sangramentos gastrointestinais e também aumenta o risco de nefrotoxicidade e ototoxicidade. (IBUPROFENO ,2016)</p>	<p>AINES não Seletivo Cox1 e Cox 2.</p> <p># Conforme Critérios de BEERS risco de sangramentos gastrointestinal, não utilizar de forma crônica</p>
#Diclofenaco sódico	25 mg/ml – injetável	75 mg 8/12h	<p>Interações:</p> <p>Diuréticos: reduz os efeitos do antihipertensivo e aumenta o risco de nefrotoxicidade e aumento da</p>	<p>AINES não Seletivo Cox1 e Cox 2.</p> <p># Conforme Critérios de BEERS risco de sangramentos gastrointestinal, não utilizar de</p>

			<p>pressão arterial; Anticoagulantes / Corticóides: Aumenta os riscos de sangramentos gastrointestinais e também aumenta o risco de nefrotoxicidade e ototoxicidade. (IBUPROFENO ,2016)</p>	forma crônica
*Dexametasona	<p>4 mg – cpr 4,0 mg/ml – injetável</p>	<p>0,75 – 15 mg Dose diária</p>	<p>Efeitos adversos: Aumento de sódio e líquidos, aumento da pressão arterial, aumento da glicemia capilar, fraqueza muscular, perda de massa muscular, osteoporose, distúrbios do trato gastrointestinal, depressão, entre outros. (BULA DEXAMETAS ONA, MEDLEY.)</p>	<p>AIES – glicocorticoide sintético - DL50 em camundongos fêmeas foi de 6,5 g/kg. (BULA DEXAMETAS ONA, MEDLEY.) # Risco sem necessidade aos riscos adversos de longo prazo dos corticosteroides sistêmicos. Não utilizar de forma crônica</p>

*Prednisona	5 mg e 20 mg – cpr	5 – 60 mg Dose diária	Efeitos adversos: Aumento de sódio e líquidos, aumento da pressão arterial, aumento da glicemia capilar, fraqueza muscular, perda de massa muscular, osteoporose, distúrbios do trato gastrointestinal, depressão, entre outros. (BULA PREDNISONA, E.M.S.)	AIES – Glicocorticoide. # Risco sem necessidade aos riscos adversos de longo prazo dos corticosteroides sistêmicos. Não utilizar de forma crônica
-------------	--------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* - Dexametasona 0,75 mg é equivalente aos outros corticóides: metilprednisolona / triancinolona = 4 mg / prednisona / prednisolona = 5 mg / hidrocortisona = 20 mg / cortisona = 25 mg. Dexametasona e Betametasona são mais potentes que os outros corticóides, nas seguintes proporções: 4 a 6 vezes > Metilprednisolona / 6 a 8 vezes > prednisona. (BULA DEXAMETASONA, MEDLEY.)

Critérios de BEERS – Medicamentos inapropriados para idosos. (OLIVEIRA, *et.al.*;2016)

Fonte: Adaptação. Dor: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso. BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018.

Ainda no tratamento farmacológico podemos sugerir a inserção na REMUME dos seguintes fármacos, por facilidade na adesão ao tratamento, menor tempo de utilização e menores efeitos colaterais aos pacientes e menores custos para o sistema de saúde.

Temos hoje os AINES seletivos COX-2 e os não seletivos COX-1 e 2. Sendo que os Seletivos COX-2, também conhecidos como Coxibes, possuem menores efeitos colaterais relacionados aos eventos gastrointestinais. Em contrapartida, os riscos cardiovasculares são

elevados, em relação aos não-seletivos. O mesmo autor relata que os AINES possuem pequenas diferenças entre si, em relação a eventos adversos e potência. (BATLOUNI, 2010).

Segundo MEDEIROS, *et.al.*, 2013, o fármaco meloxicam tem se mostrado mais seguro em relação aos fármacos convencionais mais antigos, inibidores não seletivos de COX.

O Meloxicam é um AINES com maior seletividade pela COX-2, em menor grau pela COX-1, por isso os efeitos gastrointestinais são menores. Sua posologia também facilita a adesão ao tratamento, pois deve ser tomada uma vez ao dia e não necessita de tratamento prolongado, pois sua potência é maior quando comparada aos AINES convencionais. Os seus efeitos colaterais estão relacionados com a duração prolongada do tratamento. (Bula, MELOXICAM). Como demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 02 – Risco de Perfuração, Obstrução e Sangramento (POS) - AINES

Tratamento Dose diária	Dias	Pacientes	POS	Risco (%)	Intervalo de confiança de 95%
meloxicam					
7,5 mg	1 a 29	9636	2	0,02	0,00 - 0,05
	30 a 90	551	1	0,05	0,00 - 0,13
15 mg	1 a 29	2785	3	0,12	0,00 - 0,25
	30 a 90	1683	5	0,40	0,12 - 0,69
	91 a 181	1090	1	0,50	0,16 - 0,83
	182 a 364	642	0	0,50	
diclofenaco	1 a 29	5110	7	0,14	0,04 - 0,24
100 mg	30 a 90	493	2	0,55	0,00 - 1,13
piroxicam	1 a 29	5071	10	0,20	0,07 - 0,32
20 mg	30 a 90	532	6	1,11	0,35 - 1,86

Fonte: Bula Meloxicam.

Quadro 03 - Sugestão de inserção de AINES ao tratamento dos pacientes idosos na APS de Campo Grande/MS

Tratamento	Apresentação	Posologia	Cuidados	Observação
Meloxicam	7,5 mg – 15 mg - cpr	7,5 – 15 mg Dose diária	Os mesmos que os AINES convencionais, sendo que os riscos gastrointestinais	AINES não seletivo – Com preferência maior por COX 2. Dose máxima diária = 15 mg. # Conforme Critérios de

			são menores.	BEERS risco de sangramentos gastrointestinal reduzido, não utilizar de forma crônica Não utilizar de forma crônica, no máximo 10 dias.
--	--	--	--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 04 - Sugestão de inserção de Fármacos Opióides ao tratamento farmacológico à APS de Campo Grande/MS

<i>Tratamento</i>	<i>Apresentação</i>	<i>Posologia</i>	<i>Cuidados</i>	<i>Observação</i>
Morfina	10 mg – 30 mg – cpr 10mg/ml - injetável	5 a 200 mg 4 horas	Efeitos colaterais comuns: náuseas, vômito, prurido, tontura, boca seca, retenção urinária, sonolência, confusão mental e euforia.	Opióide forte. Sempre iniciar com a menor dose, para minimizar os efeitos colaterais. Não utilizar de forma crônica, no máximo 10 dias.
Tramadol	50 mg – 100 mg – cpr 50 mg/ml - injetável	50 a 100 mg 4/8 horas	Efeitos colaterais comuns: náuseas, vômito, prurido, tontura, boca seca, retenção urinária, sonolência, confusão mental e euforia.	Opióide fraco. Fármaco mais recomendado, pois atua tanto na modulação da dor como também na sua ação analgésica mediada pelo receptor opióide. Não utilizar de forma crônica, no máximo 10 dias.

Fonte: Adaptação. Dor: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso. BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018. # Critérios de BEERS – Medicamentos inapropriados para idosos. (OLIVEIRA, *et.al.*;2016)

Apesar do receio do profissional com os riscos cardiovasculares e da dependência química e física, os opióides, são fármacos seguros e confiáveis, desde que seja seguida uma boa prescrição racional, e analisado com cuidado a situação de cada paciente. (BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018)

6.2 Fármacos Adjuvantes

São fármacos produzidos para outros fins terapêuticos, mas que acabaram descobrindo outras funções, tais como o efeito analgésico. Estes fármacos são utilizados em conjunto com outras classes de fármacos para o auxílio da cessação da dor neuropática. (OLIVÊNCIA, *et.al.*,2018)

Segundo BARCELOS, 2018, estes fármacos adjuvantes podem ser utilizados em todos os graus da escala analgésica da dor e auxiliam na prevenção dos distúrbios que aumentam a dor, tais como: depressão, ansiedade e distúrbios do sono.

Alguns desses fármacos já são disponibilizados na REMUS, outros sugerimos a inserção como mais uma alternativa para o tratamento da dor, são eles:

Quadro 05 – Fármacos Adjuvantes padronizados na APS de de Campo Grande/MS

<i>Tratamento</i>	<i>Apresentação</i>	<i>Posologia</i>	<i>Cuidados</i>	<i>Observação</i>
<i>Antidepressivos</i>				
Amitriptilina	25 mg - cpr	25 – 75 mg 12/24h	Tomar cuidado com os pacientes idosos, risco de eventos adversos graves: Arritmias, hipotensão, taquicardia, hipertensão, delírio, convulsão, efeitos anticolinérgicos, efeitos gastrointestinais entre outros. (Bula Amytril®) # - São	Antidepressivos triciclicos primeira escolha para tratamento da dor, tendo pouca diferença de potência entre os representantes dessa classe. (BRASIL,2012) Evitar doses acima de 75 mg/dia, pouco tolerado para idosos. # Conforme Critérios de BEERS podem causar hipotensão ortostática, risco de queda em idosos.

			anticolinérgicos, sedativos e podem causar hipotensão ortostática.	
Nortriptilina	25 mg - cpr	25 – 50 mg 12/24h	Mesmos cuidados que a Amitriptilina.	Dose máxima para idosos = 50 mg/dia. # Conforme Critérios de BEERS podem causar hipotensão ortostática, risco de queda em idosos.
Clomipramina	25 mg – cpr	10 – 75 mg 12/24h	Mesmos cuidados que a Amitriptilina.	Dose máxima para Idosos =75 mg/dia. # Conforme Critérios de BEERS podem causar hipotensão ortostática, risco de queda em idosos.
<i>Anticonvulsivantes / Antiepilépticos</i>				
Carbamazepina	200 mg – cpr	400 – 1200 mg 6/8/12h (BRASIL,2012)	Fármaco indutor enzimático, risco de interação medicamentosa. (Bula Carbamazepina).	Dose máxima = 2000 mg / dia (BRASIL,2012)
Fenitoína	100 mg – cpr	100 – 600 mg 6/8/12h (BRASIL,2012)	Fármaco indutor enzimático, risco de interação medicamentosa. (Bula Carbamazepina).	

Fonte: Adaptação. Dor: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso. BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018. # Critérios de BEERS.

Quadro 06 - Sugestão de inserção de fármacos adjuvantes ao Tratamento da APS de Campo Grande/MS.

<i>Anticonvulsivantes / Antiepilépticos</i>				
Gabapentina	300 mg - cpr 400 mg – cpr	150 - 3600 mg 8/12h (Bula Gabapentina, EMS)	Medicamento bem tolerado. Os eventos adversos mais comuns são: Cefaléia, Fadiga, náusea, vômitos, ataxia, sonolência, etc.	A dose deve ser ajustado conforme o Clearance de creatinina, vide tabela abaixo. (Bula, Gabapentina, EMS)
<i>Relaxante Muscular</i>				
Ciclobenzaprina	5 mg - cpr	20 – 40 mg 6/12h/dia (Bula Ciclobenzaprina)	Principais efeitos adversos: tontura, sonolência, boca seca, constipação, cefaleia, etc. (Bula Ciclobenzaprina)	Dose máxima de 60 mg/dia (Bula Ciclobenzaprina) # Conforme os critérios de BEERS são mal tolerados por idosos, devido a sedação e risco de queda e fratura. Não utilizar de forma contínua.

Fonte: Adaptação. Dor: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso. BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018. # Critérios de BEERS.

Tabela 8 - Ajuste de Dose da Gabapentina, conforme o Clearence de Creatinina

Doses de gabapentina baseadas na função renal de adultos	
Função Renal Clearance da creatinina (mL/min.)	Dose Diária Total * (mg/dia)
≥ 80	900 – 3600
50 – 79	600 – 1800
30 – 49	300 – 900
15 – 29	150 ^a – 600
< 15	150 ^b – 300

a - Pacientes com a função renal normal Dose diária = 900 – 3600 mg/dia

b – Função renal comprometida, utilizar 300 mg em dias alternados.

Fonte: Bula Gabapentina, E.M.S.

6.3 Tratamento não farmacológico

Segundo BARCELLOS,D.K.; THÉ,K.B,2018, a associação do tratamento farmacológico ao não farmacológico, a longo prazo, é muito benéfico para o paciente, trazendo bons resultados. O Tratamento não farmacológico tem como vantagem, o baixo custo, o fato de não ser um procedimento invasivo, e praticamente ausente de efeitos colaterais e contraindicações. Ainda segundo o autor ele pode ser associado ao tratamento farmacológico, podendo auxiliar na redução da dor e conseqüentemente na redução da quantidade de fármacos para alcançar o objetivo da cessação da dor.

No SUS temos disponível até o ano de 2018, 29 práticas integrativas e complementares à população, algo bem distante da nossa realidade, pois possuímos apenas três PIC's instituídas em nossa Capital. Essas políticas podem ser inseridas na prática local, conforme a realidade da população. Essas PIC's tem financiamento pelo governo federal. (BRASIL, 2018)

As práticas integrativas e complementares (PIC's) que estão disponíveis à população brasileira, estão descritas no Quadro 07 – PIC's disponíveis no BRASIL / SUS, onde temos em 2006 (05 PICs), até 2017 (acrécimo de 14 PICs) e até 2018 (acrécimo de mais 10 PICs), totalizando hoje 29 PICs disponíveis, são elas:

Quadro 07 – PIC's disponíveis no BRASIL / SUS.

Até 2006 (05 PICs)	Até 2017 (Acréscimo de 14 PICs)	Até 2018 (Acréscimo de 10 PICs)
Acupuntura	Arteterapia,	Apiterapia
Homeopatia	Ayurveda,	Aromaterapia
Fitoterapia	Biodança,	Bioenergética
Antroposofia	Dança Circular,	Constelação familiar
Termalismo	Meditação,	Cromoterapia
	Musicoterapia,	Geoterapia
	Naturopatia,	Hipnoterapia
	Osteopatia,	Imposição de mãos
	Quiropraxia,	Ozonioterapia
	Reflexoterapia,	Terapia de Florais
	Reiki,	
	Shantala,	
	Terapia Comunitária Integrativa	
	Yoga	

Fonte: BRASIL, 2018. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/Praticas-Integrativas.pdf>

Em Campo Grande/MS temos disponível os seguintes tratamentos não farmacológicos: Homeopatia, Auriculoterapia e Acupuntura. Além desses, temos como tratamento não farmacológico o serviço de Fisioterapia, mesmo não sendo uma PICs, é de grande importância no tratamento algico dos pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS. Observa-se um leque muito pequeno disponibilizado na APS de Campo Grande/MS (03 PICs + Fisioterapia), ainda mais, sabendo que o SUS financia as 29 PICs descritas no quadro 07.

7 CONCLUSÃO

Este manual é de grande importância no auxílio do tratamento algico dos pacientes idosos atendidos na APS de Campo Grande/MS. Irá facilitar o cotidiano do profissional nos tratamentos disponíveis e na inserção de novas drogas e tratamentos não farmacológicos.

Após aprovação deste manual de orientação profissional pela Secretaria municipal de Saúde o mesmo será disponibilizado via on line no site da prefeitura e na íntegra no aplicativo *INFOMED®*.