

FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ

LUCAS HENRIQUE RINALDI FAIDIGA
MATHEUS HENRIQUE DE MAGALHÃES MOREIRA

**MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS NO MANEJO DA DOR DE
PACIENTES IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DE CURITIBA**

Curitiba
2019

LUCAS HENRIQUE RINALDI FAIDIGA
MATHEUS HENRIQUE DE MAGALHÃES MOREIRA

**MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS NO MANEJO DA DOR DE
PACIENTES IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DE CURITIBA**

Relatório final, apresentado à Faculdade
Evangélica do Paraná, como trabalho
científico de curso.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Neves de
Vasconcelos Krebs.

Curitiba
2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUCAS HENRIQUE RINALDI FAIDIGA
MATHEUS HENRIQUE DE MAGALHÃES MOREIRA

MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS NO MANEJO DA DOR DE PACIENTES IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DE CURITIBA

Relatório final, apresentado à Faculdade
Evangélica do Paraná, como trabalho
científico de curso.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Neves de
Vasconcelos Krebs.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cecília Neves de Vasconcelos Krebs (orientadora)
Professor da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Curitiba, 30 de maio de 2019

Dedicamos este trabalho a Deus, aos nossos pais, familiares, namoradas e amigos que sempre estiveram ao nosso lado para que esse momento fosse possível.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população no Brasil acarreta aumento da prevalência de doenças crônicas, dolorosas e, muitas vezes, incuráveis e ameaçadoras da vida. A medicina paliativa mostra-se como a melhor estratégia quando se objetiva qualidade de vida, dignidade e conforto dos pacientes sob esta condição, além de minimizar condutas iatrogênicas. Um dos pilares dessa área médica é tratamento farmacológico da dor e a observação acerca dos compostos ativos e drogas mais utilizadas, essencial para o entendimento deste fino manejo de sintoma tão relevante. **Objetivo:** Analisar as classes e medicações mais utilizadas para alívio da dor em pacientes idosos sob cuidados paliativos, bem como identificar a presença de um padrão neste manejo, tendo como base a primeira e a última prescrição em um internamento hospitalar. **Metodologia:** Efetuou-se estudo retrospectivo de coorte com 126 pacientes, com idade superior a 60 anos, no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de outubro de 2018 em um hospital da rede pública do município de Curitiba, Paraná. Foi realizada uma divisão dos medicamentos em: analgésicos puros, AINH, analgésicos opióides fracos e fortes, e adjuvantes. Rastreou-se também o padrão de prescrição nesses pacientes com base no histórico de prescrição, primeira e última prescrição de um internamento. Subsequentemente realizou-se estatística e gráfica das classes medicamentosas percentualmente mais utilizadas e se houve ou não o uso concomitante de classes. **Resultados:** A distribuição entre os sexos constatou prevalência feminina de 73 mulheres (57,94%) contra 53 homens (42,06%). A predominância da faixa etária foi maior com os pacientes acima de 80 anos com 76 dos pacientes (60,32%). A terapia combinada foi utilizada em 109 pacientes (86,51%) na primeira prescrição e em 120 pacientes (95,24%) na última. A classe de medicamento mais prevalente foi o analgésico puro com 92,06% das prescrições totais. Uma avaliação quantitativa indica que entre as 126 prescrições iniciais, 115 (91,26%) continham dipirona entre seus elementos, além de 119 das últimas (94,44%), valores que representam uma elevação de 3,17 pontos percentuais e 3,47% de taxa de aumento. Já com relação à morfina, ela foi prescrita inicialmente para 17 pacientes (13,49%) em contraposição à 80 nos conjuntos de medicação final (63,49%), dado que representa um ganho de 50 pontos percentuais e 78,75% de taxa de aumento. **Conclusão:** A classe medicamentosa mais utilizada no manejo da população alvo deste estudo foi analgésico puro, sendo a dipirona seu principal representante. O padrão de prescrição ocorreu de forma majoritária com terapia combinada, através da associação de analgésicos combinados entre si e entre adjuvantes. Outro padrão encontrado foi incremento da última prescrição com analgésico opióide forte em associação ao analgésico puro e ao adjuvante.

Descritores: Cuidados paliativos, idosos, dor, medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population in Brazil leads to an increase in the prevalence of chronic, painful and often incurable and life-threatening diseases. Palliative medicine is the best strategy when it aims at quality of life, dignity and comfort of the patients under this condition, in addition to minimizing iatrogenic conducts. One of the pillars of this medical area is the pharmacological treatment of pain and the observation about the active compounds and drugs most used, essential for the understanding of this fine handling of the relevant symptom. **Objective:** To analyze the classes and medications most used for pain relief in elderly patients under palliative care, as well as to identify the presence of a standard in this management, based on the first and last prescription in a hospital stay. **Methodology:** A retrospective cohort study was performed with 126 patients, aged over 60 years, from January 1, 2017 to October 31, 2018 in a public hospital in the city of Curitiba, Paraná. A division of the drugs was performed as follows: pure analgesics, NSAIDs, weak and strong opioid analgesics, and adjuvants. The prescribing pattern was also screened in these patients based on the prescription history, the first and last prescription of an inpatient. Subsequently, statistics and graphs of the most commonly used drug classes were performed and whether or not concomitant classes were used. **Results:** The distribution between the sexes found a female prevalence of 73 women (57.94%) versus 53 men (42.06%). The predominance of the age group was higher with patients over 80 years of age with 76 of the patients (60.32%). Combination therapy was used in 109 patients (86.51%) in the first prescription and in 120 patients (95.24%) in the last one. The most prevalent class of medication was pure analgesic with 92.06% of total prescriptions. A quantitative evaluation indicated that among the 126 initial prescriptions, 115 (91.26%) contained dipyron among its elements, in addition to 119 of the latter (94.44%), values representing an increase of 3.17 percentage points and 3, 47% rate of increase. Regarding morphine, it was initially prescribed for 17 patients (13.49%) as opposed to 80 in the final medication sets (63.49%), since it represents a gain of 50 percentage points and 78.75% of rate of increase. **Conclusion:** The drug class most used in the management of the target population of this study was pure analgesic, with dipyron as the main agent. The prescription pattern occurred mostly with combination therapy, through the combination of analgesics combined with each other and between adjuvants. Another pattern found was increment of the last prescription with strong opioid analgesic in combination with pure analgesic and adjuvant.

Key words: Palliative care, the elderly, pain, medications.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - TERAPIA ESCALONADA DA DOR SEGUNDO A OMS

12

LISTA DE TABELAS:

TABELA 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO ANALISADA	30
TABELA 2 - FAIXA ETÁRIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	31
TABELA 3 - PADRÃO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA	32
TABELA 4 - CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	32
TABELA 5 - CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA	33
TABELA 6 - PADRÃO TERAPÊUTICO NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA	35
TABELA 7 - CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	35
TABELA 8 - CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA	36
TABELA 9 - COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO DAPIRONA	37
TABELA 10 - COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO MORFINA	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO ANALISADA	30
GRÁFICO 2 - FAIXA ETÁRIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	31
GRÁFICO 3 - PADRÃO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA	32
GRÁFICO 4 - CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	33
GRÁFICO 5 - CLASSES MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA	34
GRÁFICO 6 - PADRÃO TERAPÊUTICO NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA	35
GRÁFICO 7 - CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA	36
GRÁFICO 8 - CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA	37
GRÁFICO 9 - COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO DAPIRONA	38
GRÁFICO 10 - COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO MORFINA	38

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
3 METODOLOGIA	16
4.1-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	17
4.2-CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4.3-AMOSTRA	17
4.4-RISCOS DO PROJETO	17
4.5-BENEFÍCIOS DO PROJETO	18
4.6-PLANILHA DE CUSTOS	18
4.7-CRONOGRAMA	18
4 DESENVOLVIMENTO	19
4.1 NEUROFISIOLOGIA DA DOR	19
4.2 ANALGESIA ENDÓGENA	21
4.3 FARMACOCINÉTICA NO IDOSO	22
4.4 MECANISMOS DE AÇÃO DOS MEDICAMENTOS	23
4.4.1 Analgésico puro	23
4.4.2 Anti-inflamatório não hormonal (AINH)	24
4.4.3 Analgésico opióide	25
4.4.4 Adjuvantes	26
4.4.4.1 Antieméticos	26
4.4.4.2 Glicocorticóides	27
4.4.4.3 Ansiolíticos	28
4.4.4.4 Antidepressivos	28
5 RESULTADOS	30

6 DISCUSSÃO	39
7 CONCLUSÃO	42
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
9 ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

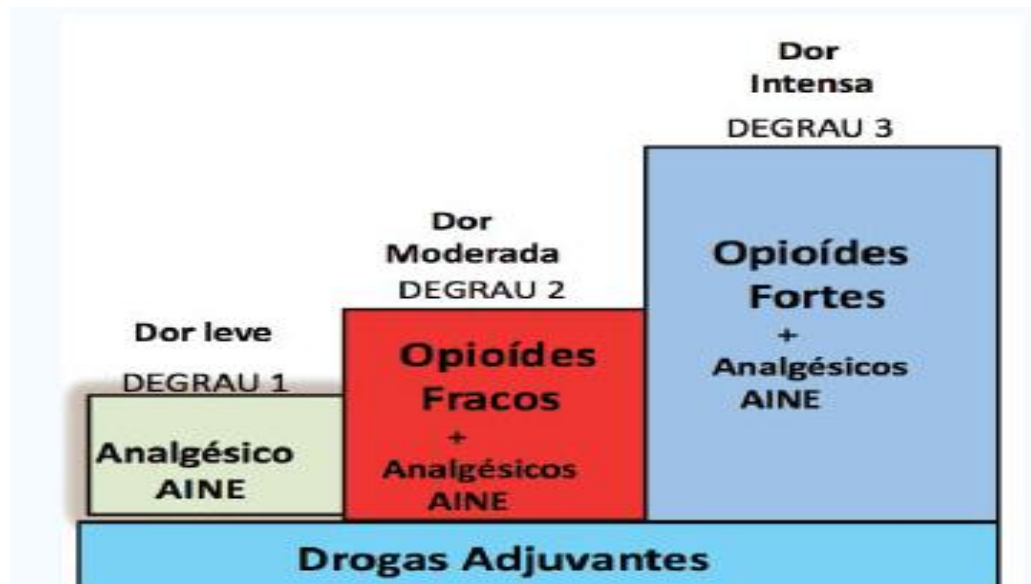
A definição de idoso é o indivíduo acima de 60 anos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Com o envelhecimento da população houve um aumento nas últimas décadas das comorbidades inerentes à idade avançada. Outrossim, esse quadro eleva a porcentagem de indivíduos com doenças crônicas, dolorosas e, muitas vezes, incuráveis - classificados como pacientes em cuidados paliativos. Cuidados paliativos apresentam-se como a melhor estratégia quando se objetiva qualidade de vida, dignidade e conforto do paciente.

O cuidado paliativo foi definido pela OMS em 2002 como uma abordagem para melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias na presença de problemas associados a doenças ameaçadoras da vida. Atua mediante prevenção e alívio do sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (WANNMACHER, L., 2007)

A aplicação desse novo conceito revela-se como o cuidado centrado no paciente, incorporando o respeito por seus valores e suas preferências, isto é, promove a autonomia na tomada de decisões, provê informação clara e compreensível, fornece conforto físico e suporte emocional.

A OMS sugeriu ainda, uma terapia oral escalonada, frente ao aumento de números de pacientes em cuidados paliativos e com necessidade de uma melhor qualidade de vida, com o estabelecimento de posologias a cada 3-6 horas de forma regular e não por demanda. No quadro de dor leve recomendou-se também analgésicos puros, como paracetamol e ácido acetilsalicílico; para a dor moderada, a combinação entre analgésicos puros e opióides fracos, a exemplo da codeína; e, para dor intensa analgésicos opióides fortes, como a morfina. (WANNMACHER, L., 2007)

FIGURA 1 - TERAPIA ESCALONADA DA DOR SEGUNDO A OMS



FONTE - OMS

Ainda de acordo com esta referência, um paciente em cuidados paliativos não engloba tão somente a necessidade de alívio da dor. Assim, a OMS também recomendou fármacos adjuvantes, como ansiolíticos e antidepressivos, considerando o medo e a ansiedade do indivíduo neste momento de vida.

A terapia escalonada preconizada pela OMS é uma sugestão mundial, mas alguns serviços desenham seus próprios protocolos, conforme sua população. Lima et al, em 2016, descreveu a não utilização de anti-inflamatórios não hormonais (AINH) no processo de manejo da dor, divergindo da proposta da OMS que inclui AINH. Essa classe revela-se como de fácil aquisição e amplamente utilizados em condições dolorosas. No entanto, seus efeitos adversos são notórios e potencializados na população idosa. Estima-se que 20-25% das reações adversas causadas por medicamentos estejam relacionadas aos AINH. Entre esses efeitos encontra-se o desconforto epigástrico, a dor abdominal, úlcera gástrica e sangramento digestivo alto. Estes eventos não esperados são relacionados aos AINH não seletivas para a ciclo-oxigenase (COX). Por outro lado, os inibidores seletivos para a COX-2, apesar de pouparem as reações no trato gastrointestinal, elevam o risco de desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Por fim, a utilização dessa categoria medicamentosa deve acompanhar um rigoroso controle na prescrição – se possível evitar para pacientes idosos, principalmente aqueles portadores de doenças crônicas. (LIMA, et al., 2016)

Seguindo em relação à prescrição de diferentes classes de analgésicos, há na literatura um estudo alemão que ressalta a frequência em que são utilizados medicamentos nas unidades de cuidados paliativos. Os fármacos mais utilizados no internamento hospitalar são os analgésicos opióides fortes (68% dos pacientes) e analgésicos puros (59%), além de 19% dos pacientes utilizarem sedativos. Dentre essas drogas, as mais utilizadas, segundo o estudo, foram: dipirona (47% dos pacientes), morfina (42%) e fentanil (28%). (NAUCK, F. et al, 2004)

Já no momento da admissão nas unidades de tratamento, as drogas mais utilizadas foram tramadol e diclofenaco, além da constatação de um aumento de 42% nas prescrições de morfina durante o tratamento. Desta forma, as medicações de última escolha para analgesia de pacientes oncológicos seria a sedação paliativa que consiste na combinação da midazolam (sedativo) associado em 91% dos casos com analgésicos opióides. (NAUCK, F. et al, 2004)

Na literatura atual, muitos artigos e publicações trazem informações a respeito dos efeitos colaterais no grupo de estudo em questão, além do enfoque em pacientes oncológicos e a farmacêutica utilizada nesses casos.

A falta de conhecimento da equipe prescritora acerca das medicações analgésicas, seus potenciais efeitos colaterais e indesejáveis consequências pode atingir direta ou indiretamente ainda mais o paciente, que já se encontra muitas vezes em fragilidade.

O paracetamol - fármaco da classe dos analgésicos puros – mostra-se amplamente utilizado pela população idosa conforme estudo de Luísa Scheer Ely et al. Constatou-se prevalência de 67,9% do uso de paracetamol na amostra pesquisada em ambiente extra-hospitalar. Essa análise sugere a elevada porcentagem descrita como decorrente da facilidade de compra deste medicamento. Por fim, ressalta os seus danos provocados devido ao produto de seu metabolismo: substância altamente hepatotóxica, sendo necessária uma administração individualizada para evitar maiores danos ao fígado, principalmente em pacientes com comprometimento hepático. (ELY, et al., 2016)

A ênfase principal da medicina paliativa corrobora com o aperfeiçoamento do controle dos sintomas, da qualidade de vida dos pacientes e minimiza possíveis condutas iatrogênicas; dentre elas, o efeito combinado ou neutralizante de determinados fármacos.

As consequências mais comuns provocadas por interações medicamentosas são *delirium*, parkinsonismo induzido por drogas, acatisia, síndrome da serotonina e síndrome maligna dos neurolépticos, sendo que muitos desses sintomas são erroneamente atribuídos à condição do paciente. Esse estudo revelou-se como um fator importante para a realização do presente trabalho. (JACKSON et al, 2007)

Outrossim, existem diversas descrições a respeito da utilidade dessa gama de medicamentos, indicadas perante os sintomas mais prevalentes com a necessidade de serem sanados. Dentre a sintomatologia mais descrita, estão os quadros de dor, depressão, ansiedade e incapacidade funcional, por conseguinte, fadiga, insônia, confusão, dispnéia, náusea, constipação, diarreia, anorexia. (WANNMACHER, L., 2007)

A descrição de um padrão de posologia e administração de fármacos de forma escalonada e regular nos pacientes, descrita na literatura de Lenita Wannmacher servirá como importante referência para a verificação de um padrão, visto que em pesquisas recentes, essa terapia escalonada demonstrou uma eficácia de 80-90%. Portanto, será possível reiterar essa afirmativa ou afastar as pontuações realizadas na pesquisa em questão. (WANNMACHER, L., 2007)

Ainda, para efeito de análise e comparação o Hospital do Idoso Zilda Arns – Curitiba (PR) apresenta um “*Protocolo de Cuidados Paliativos*”, descrito por Elisangela B.C. Shiroma. Neste, os analgésicos opióides são apresentados como primeira escolha para tratamento da dor em pacientes sob cuidados paliativos. A administração de analgésicos puros é recomendada para reduzir a quantidade prescrita de opióides, bem como seus efeitos colaterais. Já adjuvantes como carbamazepina e gabapentina são destinadas à dor de caráter neuropático em associação com analgésicos opióides. (SHIROMA, E. et al, 2018)

2 OBJETIVOS

Objetivo geral: Identificar as classes e medicamentos mais utilizados para analgesia de pacientes idosos sob cuidados paliativos de um hospital de idosos em Curitiba.

Objetivo específico: Observar se há um padrão no manejo da dor destes pacientes, tendo como parâmetro a primeira e última prescrição de um internamento.

3 METODOLOGIA:

O presente estudo foi submetido e aprovado no comitê de ética da instituição proponente Sociedade Evangélica Beneficente sob número CAAE 96872618.0.0000.0103 e pela instituição co-participante Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR sob número CAAE 96872618.0.0000.0101.

O trabalho foi realizado no Hospital do Idoso Zilda Arns – Curitiba - PR, sendo caracterizado como um estudo retrospectivo de coorte: “*observacional no qual os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o status de exposição*”. (OLIVEIRA. A. et al, 2015)

Selecionou-se 140 prontuários de pacientes internados entre janeiro de 2017 a outubro de 2018, que se encontravam em cuidados paliativos - fase final de vida, acima de 60 anos. Analisou-se 126 prontuários eletrônicos conforme critérios de inclusão e de exclusão, selecionados por ordem cronológica até a obtenção do número total. A realização da pesquisa ocorreu na sala do setor Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (S.C.I.H.), após término do horário de expediente, com término às 20 horas.

Os prontuários eletrônicos foram acessados através dos computadores administrativos do Hospital. Para a pesquisa dos mesmos foi utilizado um filtro de busca do sistema, de modo a restringir a identificação dos pacientes internados no hospital no período supramencionado. A partir desta seleção houve análise minuciosa de cada um com o intuito de classificá-los como aptos ao trabalho, de acordo com os critérios de inclusão, ou inaptos de acordo com os critérios de exclusão.

Posteriormente, foi realizada uma divisão medicamentosa em: analgésicos puros, AINH, analgésicos opióides fracos e fortes e adjuvantes. Rastreou-se também o padrão de prescrição nesses pacientes com base na primeira e última prescrição de seu internamento.

Os métodos utilizados para separação e análise dos dados aconteceu através de planilhas feitas no Microsoft Office Excel e em tabelas no Microsoft Office Word, utilizando notebook de propriedade dos pesquisadores. As tabelas e as planilhas constam com seguintes dados: sexo, idade, classe dos medicamentos utilizados, histórico das prescrições (primeira e última do mesmo internamento) em um mesmo paciente segundo posologia e modificação da farmacoterapia.

Subsequente à coleta e separação dos dados decorreu a realização de estatística e gráfica, realizada nas ferramentas de trabalho descrita acima, das classes de medicações

percentualmente mais utilizadas e se houve o uso concomitante de classes, de modo a identificar o padrão de prescrição.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes acima de 60 anos.
- Pacientes previamente classificados como cuidados paliativos em fase final de vida.

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes recebendo terapia curativa.
- Pacientes abaixo de 60 anos.
- Prontuários com prescrições médicas incompletas.
- Prontuários cuja fase da patologia não esteja bem definida.

4.3 AMOSTRA

Os prontuários válidos para análise serão aqueles de pacientes acima de 60 anos, com passagem pelo Hospital do Idoso Zilda Arns – Curitiba – PR, no período de janeiro de 2017 a outubro de 2018, portadores de doenças em fase terminal, isto é, paciente em cuidados paliativos em fase final de vida, com a necessidade de medicação analgésica para alívio dos sintomas de dor, seguindo ordem de busca cronológica. Excluídos da pesquisa foram os prontuários cujas prescrições médicas se caracterizaram incompletas ou sem elucidar a finalidade do tratamento e progressão da patologia acometida, além dos pacientes abaixo de 60 anos ou doenças com prognóstico de cura.

4.4 RISCOS

O trabalho apresenta como riscos a perda da confidencialidade dos dados coletados. Porém, os pesquisadores se comprometeram a manejar as informações dentro das normas de sigilo, sem identificação nominal dos pacientes que tiveram os prontuários analisados no projeto.

4.5 BENEFÍCIOS DO PROJETO

Com a verificação e análise das medicações prescritas e identificação de possível padrão de analgesia, será possível reconhecer a necessidade ou não da revisão de protocolos institucionais específicos direcionados para esta finalidade.

4.6 TABELA DE CUSTOS

Especificação:	Unidade de medida:	Quantidade:	Valor Unitário (R\$):	Valor total:	Fonte financiadora:
Gasolina	Litros (L)	20	4,00	80,00	Não se aplica
Caneta	Unidade	4	1,00	4,00	Não se aplica
Papel A4	Resma	1	17,00	17,00	Não se aplica
Tinta para impressora	Toner	2	30,00	60,00	Não se aplica
Total:				161,00	

4.7 CRONOGRAMA

Identificação da etapa:	Data de início:	Data de término:
Aprovação do comitê de ética	23/08/2018	22/02/2019
Coleta de dados	25/02/2019	10/03/2019
Análise estatística e redação:	15/03/2019	15/04/2019
Revisão e apresentação:	20/04/2019	30/05/2019

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 NEUROFISIOLOGIA DA DOR

A maioria das enfermidades causam dor, sendo a distinção de suas características importante habilidade médica diagnóstica e assim, pode refletir no seu tratamento.

A dor é composta por dois elementos: um objetivo e o outro subjetivo. O primeiro se relaciona ao dano ou interferência tecidual que resulta em sua percepção, enquanto o segundo está vinculado à memória e sua interpretação pelo paciente, na qual se envolve o giro do cíngulo e tálamo. Dessa forma, a necessidade do estudo da neurofisiologia da dor, como preveni-la, neutralizá-la e como manejar os pacientes são de grande valia para todos os pacientes que estejam com dor, em especial os que se encontram em cuidados paliativos. (COSTANZO, L. S., 2011)

O organismo humano apresenta-se dotado de um sistema nervoso, dividido em sistema nervoso central (cujos elementos são o encéfalo, tronco cerebral e a medula espinhal) e sistema nervoso periférico (composto de receptores sensoriais e os gânglios externos ao sistema nervoso central) (COSTANZO, L. S., 2011). Ainda, essas estruturas revelam uma outra divisão em via aferente ou sensorial, que traz a informação dos receptores periféricos para o sistema nervoso, e a via eferente ou motora que leva a informação do sistema nervoso para a periferia do corpo.

A dor é um sinal de advertência, um mecanismo protetor do corpo humano, e pode ser classificada em dor rápida ou lenta. A primeira tem sua percepção em um intervalo de 0,1 segundos após o estímulo, já a outra mais tardiamente e sua intensidade é progressiva, assim relacionando-se com a cronicidade que acomete grande parte dos pacientes em cuidados paliativos. (COSTANZO, L. S., 2011)

Os receptores para a dor (nociceptores) são encontrados em camadas superficiais da pele, periósteo, paredes arteriais, superfícies articulares e de forma esparsa em tecidos profundos. Esses receptores captam estímulos mecânicos, térmicos e químicos, isto é, podem estar presentes na dor crônica, sendo o estímulo químico o mais prevalente. Além de não

serem adaptativos aos estímulos, caracterizam-se como o instinto protetor dessa fisiologia. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

A neurofisiologia da dor crônica atua através do trato paleoespinotalâmico. O início desse trajeto é realizado com a ativação dos nociceptores (neurônio de primeira ordem).

Estes, dirigem-se à medula espinhal através de fibras do tipo C com uma velocidade entre 0,5 e 2m/s e sua intensidade tende a aumentar, produzindo uma sensação intolerável com a necessidade de intervenção medicamentosa. Ao chegarem à medula espinhal, através das raízes espinhais dorsais ao nível das lâminas II e III de Rexed (as lâminas II e III juntas são chamadas de substância gelatinosa de Rolando), liberam o neurotransmissor denominado substância P (mais persistente e se caracteriza como neurotransmissor da dor crônica). É aí que ocorrem as primeiras sinapses com as pequenas fibras (neurônio de segunda ordem). Elas se dirigem até a lâmina V, realizando uma nova sinapse ainda no corno dorsal. As fibras desse 3º (terceiro) neurônio cruzam o plano mediano e ascendem pelo funículo lateral contralateral. A maioria dessas fibras acabam no tronco encefálico, sendo poucas diretamente dirigidas ao tálamo, em terminações difusas com seu destino nos núcleos reticulares do bulbo e ponte, mesencéfalo (área tectal) e na região cinzenta periaquedutal. Essa dispersão de terminações (uma conexão multissináptica mais difusa) causa dificuldade em localizar o ponto específico da dor, quadro clínico comum nos idosos sob cuidados paliativos. Outro ponto acontece com as regiões inferiores do encéfalo, órgão relacionado com o sentimento dos tipos de sofrimento pela dor. Dessas regiões encefálicas inferiores, os múltiplos neurônios curtos se projetam para os núcleos intralaminar e ventrolateral do tálamo, bem como algumas porções do hipotálamo e outras regiões basais. Conexões com a formação reticular, relacionada ao alerta, bem como com o núcleo intralaminar do tálamo, geram uma excitabilidade geral no sistema nervoso – o que explica o porquê de ser quase impossível dormir quando há sensação de dor. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

O córtex somatossensorial revela-se responsável pela percepção da dor (componente objetivo), apresentando função na interpretação das características da dor. Entretanto, ao se remover o córtex, a dor não desaparece. Essa condição se dá pela existência de um componente subjetivo da dor, no qual estão envolvidos giro do cíngulo, tálamo e formação reticular, que atuam como memória da dor. Uma vez ativados, mensuram e interpretam a intensidade da dor. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

As infecções são comuns em pacientes sob cuidados paliativos, sendo a intensidade do estímulo doloroso proporcional ao dano tecidual causado, pelo calor liberado através da

reação inflamatória e pela isquemia dos tecidos. A bradicinina é uma substância liberada após o dano tecidual capaz de induzir dor de modo mais acentuada, auxiliada pela concentração de íons potássio ou elevação de enzimas proteolíticas em contato com terminações nervosas. Outra patologia comum nesse tipo de paciente são doenças arteriais obstrutivas, sendo elas intrínsecas ao vaso como a formação de trombos com posterior oclusão, ou extrínsecas por compressão decorrente do crescimento de massas tumorais. Essas obstruções levam à isquemia tecidual, que também se caracteriza como uma das causas de dor. Seu mecanismo se dá pelo acúmulo de ácido láctico tecidual formado pelo metabolismo anaeróbico, além da liberação de bradicinina e enzimas proteolíticas agindo sobre as terminações nervosas. Ambas essas doenças, devido a liberação dessas substâncias explicadas acima dão o início ao trato paleoespinotalâmico e a dor crônica. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

4.2 ANALGESIA ENDÓGENA

O organismo humano possui uma ação fisiológica contra as sensações de dor. Esse sistema analgésico é formado por 3 componentes: mesencéfalo (áreas periventricular e da substância cinzenta periaquedutal), ponte (áreas ao redor do aqueduto de Sylvius) e porções do terceiro e quartos ventrículos. Essas áreas enviam estímulos para o núcleo magno da rafe, delgado núcleo da linha média e núcleo reticular paragigantocelular, estes compreendidos na ponte e bulbo. A partir destes núcleos, sinais de segunda ordem são enviados através das colunas dorsolaterais da medula espinhal em direção ao complexo inibitório da dor, compreendido nos cornos dorsais da medula. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

Os cornos dorsais da medula têm a capacidade, através dessa transmissão de sinais, de bloquear a transmissão da dor que se ascende ao encéfalo.

Os neurotransmissores envolvidos nesse processo são a encefalina, secretada nas terminações das fibras deste sistema, e a serotonina, secretada nas terminações nervosas dos cornos dorsais da medula espinhal, que também exerce um papel de estimulação à produção da encefalina, portanto são complementos potencializadores nesta fisiologia. A encefalina tem como ação a inibição pré e pós-sináptica das fibras aferentes de dor do tipo C e A nos cornos dorsais, local de entrada inicial do estímulo de dor na medula. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

Além desse sistema de inibição das fibras, o corpo humano possui um sistema opióide endógeno para auxiliar no processo de analgesia. São substâncias provenientes da degradação de moléculas de pró-opiomelanocortina, proencefalina e prodinorfina, originando,

principalmente, os opióides naturais beta-endorfina, metencelarina, leuencefalina e dinorfina. Essas substâncias podem ser encontradas no trajeto das fibras do sistema de anti-nocicepção como no tronco cerebral, hipotálamo, hipófise e nos cornos dorsais da medula espinhal. (HALL, J. E.; GUYTON, A.; 2011)

4.3 FARMACOCINÉTICA NO IDOSO

O metabolismo humano sofre alterações com o decorrer do tempo, sejam elas clinicamente aparentes ou apenas na regulação fisiológica das estruturas internas com progressiva redução de funções em órgãos vitais. Essas mudanças implicam em um maior cuidado na administração de medicações, visto que têm absorção, distribuição tecidual, metabolismo e excreção modificadas, principalmente naqueles com necessidade de uso crônico de fármacos a exemplo dos idosos com dor sob cuidados paliativos.

A absorção dos medicamentos nessa faixa etária é prejudicada principalmente por alterações no trato gastrointestinal. Nesse sistema, há atrofia vilositária, além de retardo no esvaziamento gástrico e elevação do pH local, relevante para que alguns comprimidos se dissolvam – em sua maioria há a necessidade de um meio mais ácido. (RUSCIN, J.; LINNEBUR, S., 2014)

O segundo aspecto de alteração corpórea relacionada com a senilidade revela-se como a diferença na distribuição tecidual dos fármacos, causada principalmente pelo aumento de gordura corporal – elevando o volume distribuído tecidualmente com aumento da meia vida para a eliminação – além de uma redução no volume dos líquidos corporais circulantes. Ainda, essa faixa etária apresenta uma queda nos valores da albumina sérica, que leva a diminuição nos níveis dos medicamentos ligados à essa proteína com aumento da fração livre, forma ativa. (NÓBREGA, O.; KARNIKOWSKII, M.; 2004)

Há uma queda no clearance hepático em torno de 40% nos idosos, com a necessidade de redução da dose administrada. Essas diferenças funcionais acarretam um aumento nas reações de metabolização de fase I – oxidação, redução e hidrólise – além de interferir nos fármacos que necessitam de um metabolismo de primeira passagem pelo fígado, através do citocromo P-450, para que seja liberada sua forma ativa. (RUSCIN, J.; LINNEBUR, S., 2014)

Grande parte dos medicamentos tem sua excreção por via renal, ao passo que, a partir dos 30 anos, com maior intensidade na terceira idade, há um decréscimo no clearance renal de creatinina e da taxa de filtração glomerular. Como consequência, a redução de eliminação dos metabolitos e alteração entre a dose máxima tolerada pelo paciente e a dose

mínima efetiva para o fármaco. Assim, o médico deve buscar em pacientes idosos uma individualização nas prescrições, com redução na administração e ajuste dinâmico, baseado na função renal de cada paciente. (RUSCIN, J.; LINNEBUR, S., 2014)

4.4 MECANISMOS DE AÇÃO DOS MEDICAMENTOS

4.4.1 Analgésico puro

Os analgésicos puros simples, classe representada pelo paracetamol e pela dipirona, diferenciam-se dos anti-inflamatórios não-esteroides, apesar dos seus efeitos finais analgésicos e antipiréticos serem semelhantes. Adicionalmente, em doses terapêuticas, originam efeitos adversos com menor frequência e intensidade. Apesar de serem um dos analgésicos mais utilizados em nível mundial, o seu mecanismo de ação está pouco elucidado, com diversas teorias e argumentos em relação a este tema. (RANG, H.; 2012)

Entre eles, quatro mecanismos são propostos: a inibição da prostaglandina H sintetase, a interação com receptores canabinóides, receptores serotoninérgicos e, por fim, a inibição do óxido nítrico sintetase. Com efeito, esses processos reduzem o limiar da dor de seus usuários. (RANG, H.; 2012)

A inibição da prostaglandina H sintetase (PHGS), também conhecida como via da ciclooxigenase (COX), leva à formação de mediadores envolvidos na inflamação, rubor e febre por meio da COX-2, responsável pela ação ao receber estímulo inflamatório; e agregação plaquetária, funcionamento do sistema renal, medula óssea e proteção da mucosa do trato gastrointestinal por meio da COX-1, uma enzima considerada fisiológica. Nesta via, a COX promove a transformação do ácido araquidônico, uma substância sintetizada a partir de lipídeos da membrana celular, em PGG₂ e posteriormente em PGH₂. Essa cascata resulta em prostaglandinas e tromboxanos. (RANG, H.; 2012)

O paracetamol se difere na medida em que a sua ação se verifica predominantemente no nível do sistema nervoso central, com atuação periférica insignificante. Além disso, não apresenta efeitos anti-inflamatórios e não inibe o tromboxano A₂. Estas diferenças justificam-se pelo fato de atuar com maior eficácia em ambientes com baixos níveis de peróxidos e de

ácido araquidônico. Ainda, em estudo encontram-se evidências de sua atuação ao nível da COX ocorre também por uma variante agora denominada COX-3. (KAM, P.; 2008)

No cérebro, a interação do medicamento pode conjugar-se com o ácido araquidônico, através da enzima hidrolase, originando o composto 4-araquidonoilfenolamina (AM404). Este produto não atua diretamente nos receptores canabinóides pois tem uma baixa afinidade para eles, mas através de uma ação indireta, implica em aumento da concentração de canabinóides endógenos e à diminuição de anandamida que promove ativação de nociceptores. (RANG, H.; 2012)

Vários estudos evidenciam a ação analgésica do paracetamol relacionada com modulação da via serotoninérgica descendente, na medida que potencializa a ação da serotonina (5-HT), através de uma interação com os seus receptores. (RANG, H.; 2012)

O óxido nítrico (NO) é um neurotransmissor produzido em resposta à ativação do receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) com a responsabilidade de amplificar a atividade nociceptiva neuronal. Assim, ao inibir a NO sintetase, os analgésicos simples têm a eficácia para diminuir a percepção da dor. (RANG, H.; 2012)

A dipirona atua com maior intensidade através de uma ação periférica das prostaglandinas, com inibição seletiva à prostaglandina F₂-alfa, e central através do NO. (RANG, H.; 2012)

O transporte desses medicamentos ocorre em sua maioria sob forma livre e conjugado à albumina, proteína plasmática com síntese hepática, sofrem transformação hepática através do citocromo P-450, por reações de oxidação e hidroxilação, e tem a sua excreção por via renal. (RANG, H.; 2012)

4.4.2 Anti-inflamatório não hormonal (AINH)

Os AINH, classe representada por fármacos como exemplo do ibuprofeno, diclofenaco, nimesulida e outros, são inibidores específicos da COX, com ligação forma reversível a essa enzima, apresentando assim o efeito terapêutico e colateral. Desta forma, o efeito antipirético é causado pela inibição da formação de prostaglandina E₂ pela COX-1. Esta prostaglandina é um mediador importante para a ativação do centro nervoso hipotalâmico, regulador da temperatura corporal. Isto é, altos níveis de prostaglandina E₂ em estados inflamatórios elevam a temperatura. O efeito analgésico é devido à inibição da produção local de prostaglandinas da inflamação. Estes mediadores, quando produzidos,

sensibilizam as terminações nervosas locais da dor, processo iniciado também por outros mediadores inflamatórios, como a bradicinina. Os efeitos anti-inflamatórios também estão largamente dependentes da inibição da produção de prostanóides, visto que estes intermediários são importantes em quase todos os fenômenos associados ao mecanismo inflamatório, como vasodilatação, dor e atração leucocitária ao local. (RANG, H.; 2012)

Sua farmacocinética se assemelha aos analgésicos puros, com sua maioria circulando ligada a proteínas plasmáticas – albumina - e pequena fração livre; quando essa porção é metabolizada pelo fígado, a albumina libera algumas moléculas de AINH para manter nível plasmático constante. Em pontos de inflamação há maior aporte sanguíneo e por isso concentra a droga onde ela é mais necessária. Além disso, o pH baixo do local inflamado dissocia a droga da albumina aumentando sua penetração celular. Eles podem apresentar meia vida curta – inferior à 6 (seis) horas – ou longa, com tudo, alguns compostos são dose dependentes. E por fim, sus metabólitos são secretados via renal. (RANG, H.; 2012)

O mecanismo de ação sobre a função dos neutrófilos ocorre pela sua ligação dentro de suas membranas e assim perturbam sua relação com meio externo através de interações químico-físicas. Com efeito, esse processo resulta na diminuição da produção de prostaglandinas, leucotrienos e enzimas lisossômicas (colagenases, elastases, catepsina e entre outras). Os AINH também atuam na inibição de fatores de transcrição dependentes do NFkB, interferindo e inibindo a síntese de óxido nítrico, um dos principais vasodilatadores da fisiologia humana. (SKARE, T.; 2019)

4.4.3 Analgésico opióide

A nomenclatura opióide deriva do extrato da papoula, que contém morfina e outros alcaloides. A morfina, principal representante desta classe, é um derivado fenantrênico com dois anéis planares e outros dois alifáticos. Seu mecanismo de ação é realizado através da interação com seus receptores específicos *Mi*, *Kappa* e *Delta*, todos acoplados à proteína G com efeito sobre os canais iônicos na membrana neuronal. Esses receptores intermedeiam efeitos semelhantes com uma distribuição heterogênea no SNC. (RANG, H.; 2012)

Os opióides realizam a abertura de canais de potássio e inibem os canais de cálcio voltagem-dependentes, resultando em uma redução da excitabilidade neuronal e consequente diminuição na liberação de neurotransmissores. Promovem também a liberação de endorfinas endógenas no trajeto das fibras inibitórias descendentes. (RANG, H.; 2012)

A ação espinal dos opióides envolve a inibição da transmissão dos impulsos nociceptivos no corno posterior da medula, com a supressão dos reflexos espinais para dor, com atuação pré ou pós-sináptica nesses sítios através da supressão da liberação de neurotransmissores ou pela redução da excitabilidade no corno dorsal. Um mecanismo secundário é realizado na periferia com uma atuação em locais de inflamação, onde aumenta a expressão de receptores opióides pelos neurônios sensitivos. (RANG, H.; 2012)

Ademais, a ação física do opióide interfere na condição psíquica da sensação dolorosa por meio de uma ação supraespinal no sistema límbico, responsável pela produção do sentimento de euforia com conseqüente redução na percepção de dor. (RANG, H.; 2012)

A meia vida da morfina e seus análogos variam de 3 (três) a 6 (seis) horas, com o metabolismo hepático necessário para sua ativação em morfina-6-glicuronídeo. A excreção é realizada, *à posteriori*, por via renal e uma pequena parte se dirige à via biliar. (RANG, H.; 2012)

Os representantes desta categoria podem ser divididos em subclasses com um mesmo mecanismo de ação final, que se dá pelo princípio ativo da morfina. Esses subgrupos são denominados analgésicos opióides fracos e analgésicos opióides fortes.

Essas medicações podem apresentar a necessidade de aumento escalonado da dose para efeitos analgésicos semelhantes em um mesmo paciente, devido ao mecanismo de tolerância. Esse processo é desenvolvido dentro de alguns dias de administração constante, quadro comum em pacientes idosos com dor sob cuidados paliativos. Ora, resulta na ocupação dos receptores já descritos e, assim, a sua sensibilização; já seu manejo é realizado através da rotatividade entre os fármacos dessa classe. (RANG, H.; 2012)

4.4.4 Adjuvantes

4.4.4.1 Antieméticos:

Os sintomas de náuseas e vômitos são comumente referidos pelo paciente com dor. Esse quadro acontece pela própria sensação dolorosa ou até mesmo como efeito adverso das medicações administradas. Os antieméticos, portanto, constituem uma classe importante de adjuvantes no manejo de paciente idosos com dor sob cuidados paliativos. A metoclopramida e a bromoprida, dois dos mais utilizados, têm como mecanismo de ação o bloqueio dos receptores D2 dopaminérgicos, liberação de acetilcolina no plexo mioentérico, atividade

procinética através do aumento do tônus esfíncteriano da cárdia - de modo a evitar o refluxo - e aumento da atividade motora do trato gastrointestinal. Já a ondansetrona age com bloqueio dos receptores serotoninérgicos viscerais no núcleo do trato solitário e zona do gatilho. (RANG, H.; 2012)

4.4.4.2 Glicocorticóides

Os glicocorticóides apresentam-se ligados à albumina, transcortina e uma fração livre - responsável pelo efeito biológico. Um dos principais corticóides endógenos é o cortisol, que se diferencia das medicações exógenas pelo fato de possuírem uma pequena porção associada a proteínas plasmáticas. Uma queda nos níveis séricos de albumina representa a necessidade de uma administração em doses menores desta classe farmacológica. (SKARE, T.; 2019)

Os corticóides administrados de forma exógena possuem 3 formas distintas de ação: em (1) nível celular - alteração direta sobre o DNA com modificações do genoma, seja com atuação em nível prévio a transcrição genética ou ação posterior a atuação genética -, (2) ação independente de modificações no genoma mediadas por receptor e (3) mecanismo mediado por ações físico-químicas. (SKARE, T.; 2019)

O primeiro acontece por execuções dependentes de modificação no genoma com ação direta sobre o DNA. Inicialmente, esse fármaco possui capacidade de atravessar facilmente a membrana celular e ligar-se a receptores do interior do citoplasma da célula. Esta ligação promove um desligamento na conjugação do receptor com a proteína de choque térmico e o conjunto migra em direção ao núcleo para associação com o DNA através dos elementos de resposta ao glicocorticóide. Feito esta agregação é iniciada a transcrição genética e síntese proteica. (SKARE, T.; 2019)

A alteração celular pode ocorrer em nível de pré-transcrição genética, que compreende fenômenos iniciados com a ativação de receptores específicos para os glicocorticóides seguido de sua ligação com o fator de transcrição de proteínas pró-inflamatórias (AP1). Este mecanismo é responsável por impedir a atuação da AP1 através de inibição competitiva, além de obstruir a execução do fator de transcrição mediador de citocinas pró-inflamatórias NFκB. (SKARE, T.; 2019)

Por fim, dentro das alterações genômicas promovidas pelos corticóides, há atuação em nível de pós-transcrição genética com a desestabilização do RNA mensageiro para a síntese de COX2 que implica na redução de exercício desta enzima e modificações de efeitos positivos, cujas incluem produção de lipocortina I, responsável pela inibição da fosfolipase

A2 – enzima do metabolismo do ácido araquidônico, presente na cascata da reação inflamatória; e consequências negativas, como a redução das interleucinas 1, 2, 4 e 6, interferon gama de TNF alfa. (SKARE, T.; 2019)

A ação não dependente de modificações de genoma mediadas por receptores começa com a ligação dos glicocorticóides em receptores de membrana, diferentes daqueles citados acima, sem a síntese de novas proteínas. Assim, eles necessitam de doses altas, mas apresentam efeitos rápidos entre segundos a dois minutos. Os efeitos proporcionados por esse mecanismo são o feedback negativo ao ACTH, supressão da prolactina, efeitos sobre estabilização de membranas, cardiovasculares, comportamentais, indução a apoptose e possível ação anafilática. (SKARE, T.; 2019)

A ação não dependente de modificações de genoma mediadas por ações físico-químicas acontece pela diminuição do transporte de íon sódio e íon cálcio através da membrana citoplasmática e membrana interna mitocondrial, com queda no consumo de ATP, diminuição do cálcio citosólico – mantenedor da ativação linfocitária- e distúrbio no processo de fosforilação oxidativa. Essa classe apresenta grande dosagem, por meio de terapias de pulso, e conseqüente a mais rápida resposta medicamentosa, nas quais se somam mais tarde, aos efeitos genômicos. (SKARE, T.; 2019)

4.4.4.3 Ansiolíticos

Os ansiolíticos representam uma classe medicamentosa adjuvante ao manejo para alívio da dor, visto seu potencial sedativo com indicação para idosos em quadro de delirium – situação com 12-40% de prevalência nos internamentos -, agitação psicomotora, transtornos ansiosos, depressão ansiosa e insônia. São divididos em 3 subgrupos: (1) benzodiazepínicos (BZD), facilitadores da ação dos neurotransmissores GABA e depressor do sistema nervoso central, representado pelo diazepam; (2) ação em receptores BZD , são os indutores de sono, com meia vida mais curta e sem resíduos, divisão representada pelo zolpiden; (3) os não BZD – ação em receptores serotoninérgicos, a exemplo do buspirona. (RANG, H.; 2012)

4.4.4.4 Antidepressivos

A sensação dolorosa crônica é responsável por interferir na qualidade de vida do paciente e sugere uma das causas de transtornos depressivos, assim como o aumento da idade.

Esta classe é dividida principalmente em tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação da noradrenalina e serotonina (ISRN). (RANG, H.; 2012)

Os tricíclicos atuam no aumento da neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica e antagonizam os receptores alfa-adrenérgicos e colinérgicos. Seus representantes são a Amitriptilina e a Nortriptilina. (RANG, H.; 2012)

Os ISRS, representados pela Sertralina, Fluoxetina e Paroxetina. Eles realizam a inibição da recaptação da serotonina no neurônio pré-sináptico e assim aumenta a concentração desse neurotransmissor na fenda sináptica. Tais fármacos passam por metabolização hepática via citocromo P450. (RANG, H.; 2012)

Já os ISRN inibem a recaptação de serotonina e noradrenalina no neurônio pré-sináptico e assim como os ISRS mantém uma concentração mais elevada desses neurotransmissores na fenda sináptica. Possuem como representantes a venlafaxina e a duloxetina. Essas medicações sofrem ação do citocromo P450 em metabolização hepática. (RANG, H.; 2012)

5 RESULTADOS

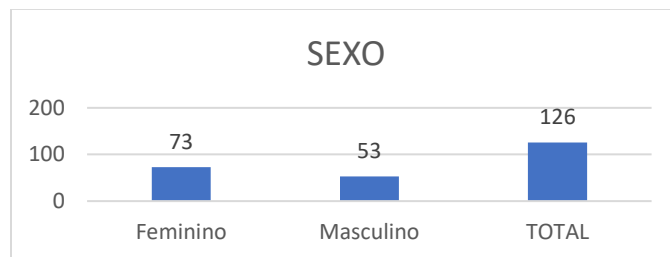
Foram incluídos 126 pacientes, com idade superior a 60 anos. Os dados demográficos dos pacientes podem ser visualizados na tabela 1 e gráfico 1. Quando se observa a distribuição entre os sexos, houve uma prevalência feminina de 73 mulheres (57,94%) contra 53 homens (42,06%).

TABELA 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO ANALISADA

Sexo	Quantidade	%Quantidade
Feminino	73	57,94%
Masculino	53	42,06%
TOTAL	126	100%

FONTE: os autores (2019)

GRÁFICO 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO ANALISADA



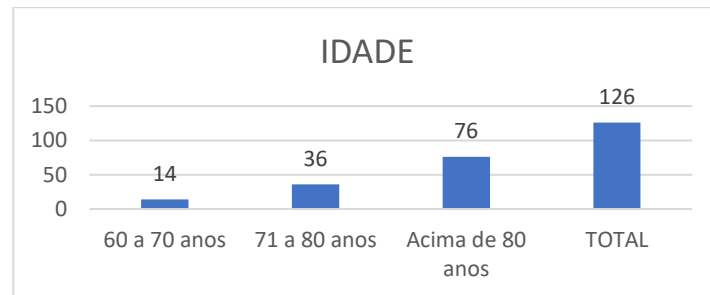
FONTE: Os autores (2019)

Através da tabela 2 e gráfico 2 infere-se predominância da faixa etária maior de 80 anos com 76 dos pacientes (60,32%) analisados, seguida pela idade entre 71-80 anos de 36 indivíduos (28,57%) e por final aqueles entre 60-70 anos com um número total de 14 pessoas (11,11%).

TABELA 2 – FAIXA ETÁRIA DA POPULAÇÃO ANALISADA

Idade	Quantidade	%Quantidade
60 a 70 anos	14	11,11%
71 a 80 anos	36	28,57%
Acima de 80 anos	76	60,32%
TOTAL	126	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DA POPULAÇÃO ANALISADA

FONTE: Os autores (2019)

O padrão terapêutico inicial, no Hospital referência do estudo, mostrou-se como principal a terapia combinada. De acordo com a tabela 3 e gráfico 3 esse predomínio foi de 109 pacientes (86,51%) em detrimento da monoterapia indicada para 17 pacientes (13,49%).

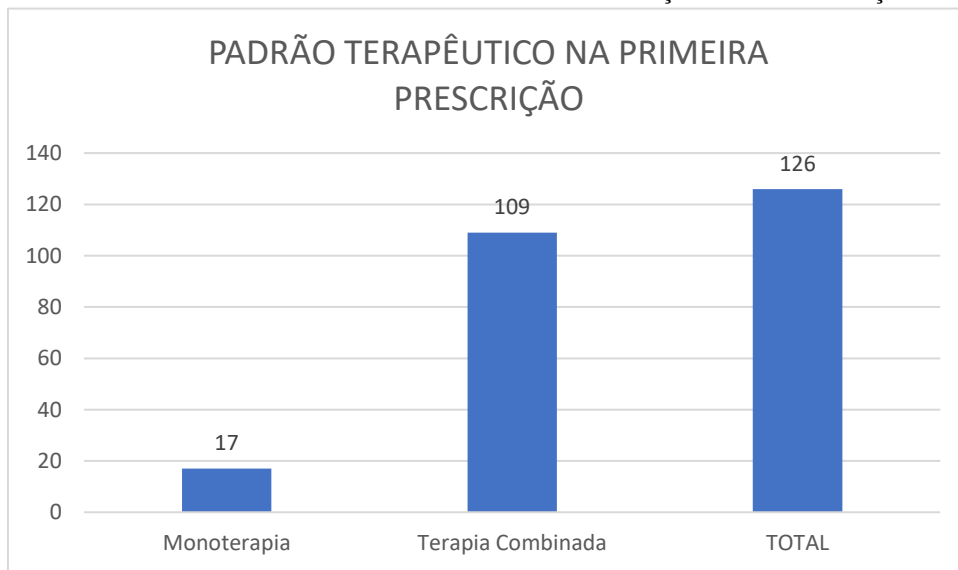
Dos 17 pacientes indicados para monoterapia na primeira prescrição houve prevalência do analgésico puro para 8 pacientes (47,06%), seguidos pelo uso de adjuvantes em 7 deles (41,18%), demonstrados na tabela 4 e gráfico 4. Outro ponto foi a não utilização de AINE como terapia única, além de apenas 1 paciente (5,88%) receber analgésico opióide fraco ou analgésico opióide forte somente.

Em contrapartida, dos 109 pacientes em terapia inicialmente combinada (tabela 3), com detalhamento na tabela 5 e gráfico 5, 87 deles (79,82%) foram submetidos a associação de analgésico puro com adjuvante; 14 (12,84%) em terapia composta por analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide forte; 5 pacientes com prescrição de analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide fraco; além de 3 combinações possuírem apenas 1 representante (0,92%): (1) analgésico opióide forte e adjuvante; (2) analgésico puro e analgésico opióide forte; (3) analgésico puro, analgésico opióide fraco, adjuvante e analgésico opióide forte.

TABELA 3 – PADRÃO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO		
Terapia	Quantidade	%Quantidade
Monoterapia	17	13,49%
Terapia Combinada	109	86,51%
TOTAL	126	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 3 – PADRÃO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA

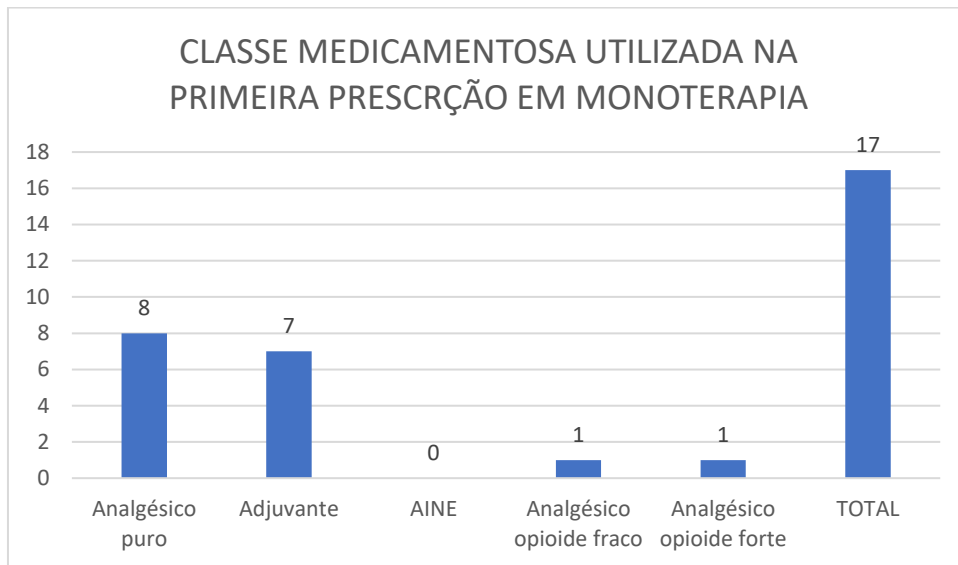
FONTE: Os autores (2019)

TABELA 4 – CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO		
Monoterapia	Quantidade	%Quantidade
Analgésico puro	8	47,06%
Adjuvante	7	41,18%
AINE	0	0,00%
Analgésico opióide fraco	1	5,88%
Analgésico opióide forte	1	5,88%
TOTAL	17	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 4 – CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA



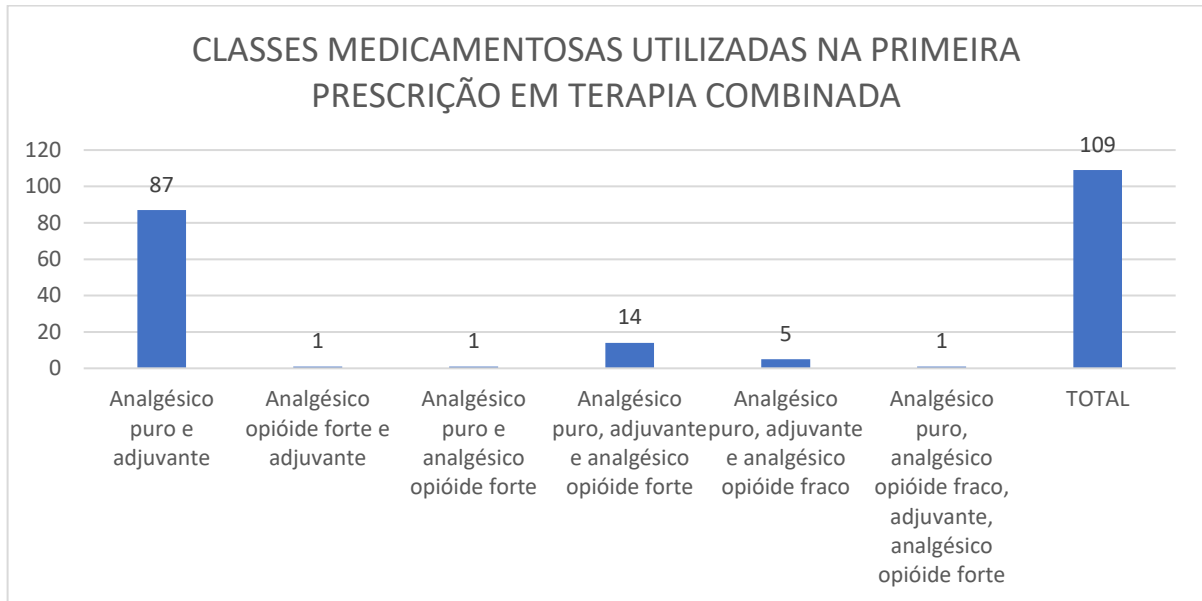
FONTE: Os autores (2019)

TABELA 5 – CLASSES MEDICAMENTOSAS MAIS UTILIZADAS NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO		
Terapia Combinada	Quantidade	%Quantidade
Analgésico puro e adjuvante	87	79,82%
Analgésico opioide forte e adjuvante	1	0,92%
Analgésico puro e analgésico opioide forte	1	0,92%
Analgésico puro, adjuvante e analgésico opioide forte	14	12,84%
Analgésico puro, adjuvante e analgésico opioide fraco	5	4,59%
Analgésico puro, analgésico opioide fraco, adjuvante, analgésico opioide forte	1	0,92%
TOTAL	109	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 5 – CLASSES MEDICAMENTOSAS MAIS UTILIZADAS NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA



FONTE: Os autores (2019)

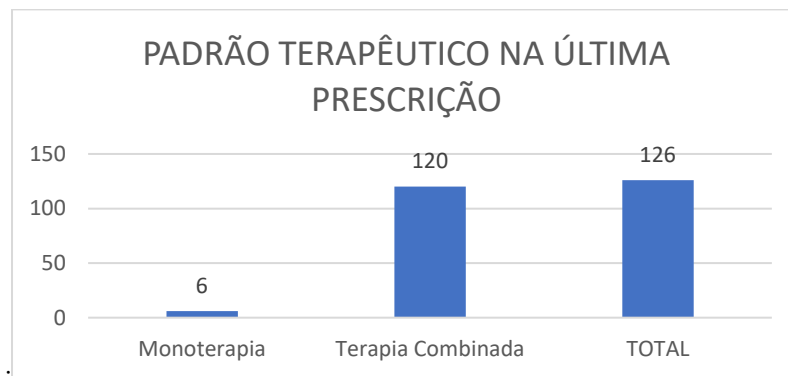
Pacientes previamente ao fim do internamento, seja por alta ou óbito, em sua última prescrição, receberam terapia majoritariamente combinada (95,24%) em detrimento à monoterapia (4,75%). Dados estes que podem ser inferidos na tabela 6 e gráfico 6. Entre os 6 idosos com padrão monoterápico para dor (tabela 6), observa-se através da tabela 7 e gráfico 7 que 2 deles (33,33%) utilizaram analgésico puro para o manejo, outros 2 (33,33%) apenas adjuvantes, para 1 (16,67%) foi indicado analgésico opióide fraco e para 1 (16,67%) analgésico opióide forte.

Dos 120 pacientes submetidos à terapia combinada (tabela 6), a maior parte deles, segundo a tabela 8 e gráfico 8, 71 (59,17%) receberam a associação de analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide forte; a segunda combinação mais prevalente foi o de analgésico puro e adjuvante indicados para 36 pacientes (30%); em 4 (3,33%) deles foi aplicado analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide forte; em outros 4 (3,33%), analgésico puro, adjuvante, analgésico opióide fraco e analgésico opióide forte. Em menor número, com 1 prescrição (0,83%) apenas, estão o conjunto entre as classes: analgésico opióide forte e adjuvante; analgésico puro AINE, analgésico opióide forte e adjuvante; além de analgésico puro, analgésico opióide fraco e analgésico opióide forte.

TABELA 6 – PADRÃO TERAPÊUTICO NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA

ÚLTIMA PRESCRIÇÃO		
Terapia	Quantidade	%Quantidade
Monoterapia	6	4,76%
Terapia Combinada	120	95,24%
TOTAL	126	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 6 – PADRÃO TERAPÊUTICO NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA

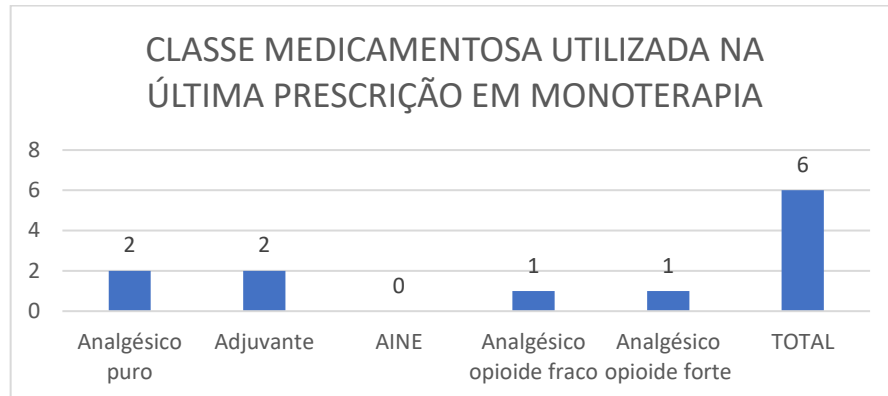
FONTE: Os autores (2019)

TABELA 7 – CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA

ÚLTIMA PRESCRIÇÃO		
Monoterapia	Quantidade	%Quantidade
Analgésico puro	2	33,33%
Adjuvante	2	33,33%
AINE	0	0,00%
Analgésico opióide fraco	1	16,67%
Analgésico opióide forte	1	16,67%
TOTAL	6	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 7 – CLASSE MEDICAMENTOSA UTILIZADA NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM MONOTERAPIA DA POPULAÇÃO ANALISADA



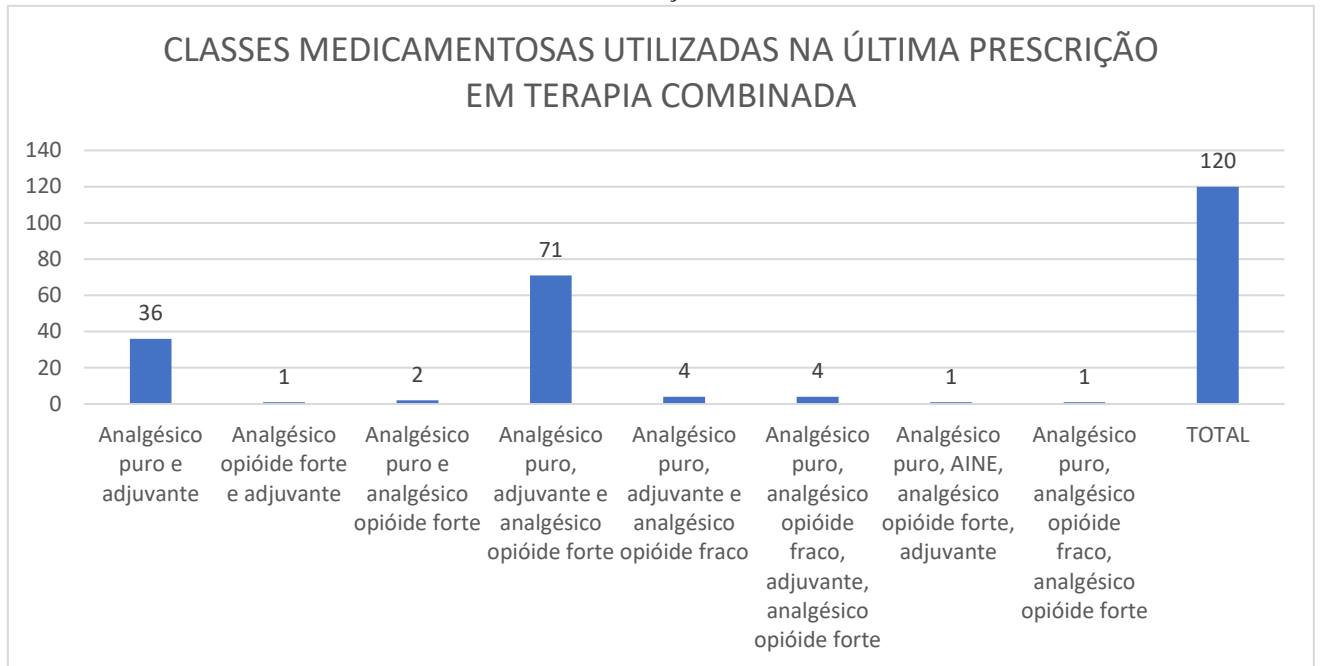
FONTE: Os autores (2019)

TABELA 8 – CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA

SEGUNDA PRESCRIÇÃO		
Terapia Combinada	Quantidade	%Quantidade
Analgésico puro e adjuvante	36	30,00%
Analgésico opióide forte e adjuvante	1	0,83%
Analgésico puro e analgésico opióide forte	2	1,67%
Analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide forte	71	59,17%
Analgésico puro, adjuvante e analgésico opióide fraco	4	3,33%
Analgésico puro, analgésico opióide fraco, adjuvante, analgésico opióide forte	4	3,33%
Analgésico puro, AINE, analgésico opióide forte, adjuvante	1	0,83%
Analgésico puro, analgésico opióide fraco, analgésico opióide forte	1	0,83%
TOTAL	120	100%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 8 – CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO EM TERAPIA COMBINADA DA POPULAÇÃO ANALISADA



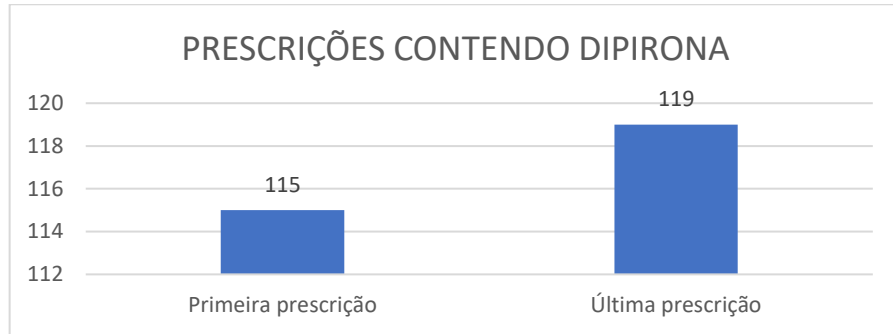
FONTE: Os autores (2019)

Em análise final, de acordo com as tabelas 9 e 10 e os gráficos 9 e 10, observou-se um amplo número de prescrições com as medicações dipirona (analgésico puro) e morfina (analgésico opióide forte) entre seus componentes. Uma avaliação quantitativa indica que entre as 126 prescrições iniciais, 115 (91,27%) contém dipirona entre seus participantes, além de 119 das últimas (94,44%), valores que representam uma elevação de 3,17 pontos percentuais e 3,47% de taxa de aumento. Já com relação a morfina, ela foi prescrita inicialmente para 17 pacientes (13,49%) em contraposição a 80 nos conjuntos de medicação final (63,49%), dado que representa um ganho de 50 pontos percentuais e 78,75% de taxa de aumento.

TABELA 9 – COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO DIPIRONA

Prescrições contendo Dipirona	Quantidade	%Quantidade
Primeira prescrição	115	91,27%
Última prescrição	119	94,44%

FONTE: Os autores (2019)

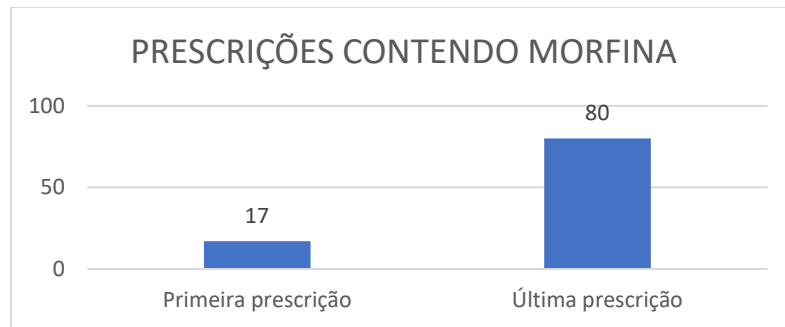
GRÁFICO 9 – COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO DIPIRONA

FONTE: Os autores (2019)

TABELA 10 – COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO MORFINA

Prescrições contendo Morfina	Quantidade	%Quantidade
Primeira prescrição	17	13,49%
Última prescrição	80	63,49%

FONTE: Os autores (2019)

GRÁFICO 10 – COMPARAÇÃO QUANTITATIVA ENTRE AS PRESCRIÇÕES CONTENDO MORFINA

FONTE: Os autores (2019)

6 DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é notório, bem como a elevação da expectativa de vida em território nacional e em nível mundial. Assim, patologias crônicas tornam-se mais prevalentes e o encaminhamento para cuidados paliativos deste contingente populacional aumenta. A análise do tratamento da dor nestes pacientes pode aprimorar a qualidade de atendimento com foco principal no indivíduo, sua dignidade e melhor qualidade de vida.

O manejo da dor em pacientes idosos sob cuidados paliativos analisado através do estudo encontra uma prevalência da administração de analgésico puro, presente em 92,06% das prescrições totais, seja ela por monoterapia ou terapia combinada. O principal fármaco prescrito desta classe é a dipirona, havendo uma supremacia quando comparado ao outro representante – paracetamol – presente em 10 prescrições (3,96%). Tais dados divergem da literatura. F. Nauck et al, em estudo de 2004, que identifica a administração da classe analgésico puro como a segunda mais prescrita, posteriormente aos analgésicos opióides fortes, além de identificar o uso de dipirona em apenas 47% dos internamentos, valor consideravelmente abaixo dos 92,06% encontrados no estudo realizado no Hospital do Idoso Zilda Arns – Curitiba (PR). Apesar da classe analgésico puro ser a segunda mais utilizada, entre todas as prescrições a medicação dipirona foi a mais prevalente, em 47% das administrações, assim como no abordado no presente estudo com uma taxa de 91,27% na primeira prescrição e 94,44% na última.

A prevalência da dipirona em detrimento ao paracetamol na classe dos analgésicos puros reafirma o estudo de Luísa Scheer Ely (2016) que retratou a elevada hepatotoxicidade causada pelo metabólito ativo do paracetamol, condição esta desconsiderada em ambiente extra-hospitalar. Porém, essa prescrição apresenta-se valorizada durante o internamento, visto que a amostra analisada é de pacientes com variadas comorbidades e medicações prescritas além daquelas para o manejo da dor, condição que pode sobrecarregar o fígado. Assim, corretamente evitada a sua prescrição durante o período de internamento dos pacientes.

De acordo com F. Nauck et al (2004) a classe mais utilizada revela-se a de opióides fortes com representação de 68%, principalmente pela morfina em 42% dos casos. Há uma convergência com relação a porcentagem encontrada, visto que no atual trabalho, apesar da classe analgésico opióide forte ser a segunda mais presente, 63,49% dos pacientes analisados foram submetidos à terapia com analgésico opióide forte. A morfina, no entanto, representa 100% dos fármacos desta classe no presente estudo, em contraposição aos 61,76% descritos por F. Nauck et al (2004).

Com a análise dos dados coletados foi possível identificar um padrão no manejo da dor na população analisada, da mesma forma como preconizada pela OMS. Inicialmente, no momento da admissão do paciente no serviço do referido hospital, percebe-se ampla administração de medicamentos da classe analgésico puro em 91,27% dos casos, fato que contrapõe a análise de F. Nauck et al (2004), na qual as classes mais utilizadas primeiramente eram das classes AINH e analgésico opióide fraco. No decorrer do internamento, observa-se de forma preliminar o aumento do valor de prescrições em terapia combinada, de 86,51% na admissão e evolução para 95,24% na última administração de fármacos. Esses dados demonstram a análise da progressão entre classes e a terapia escalonada, método eficaz endossado pelo estudo de Lenita Wannmacher (2007). Observou-se no presente estudo extensa associação de analgésico puro e analgésico opióide forte, com valores inicialmente de 15,6% e no desfecho do internamento essa taxa cresce exponencialmente para 66,66% de administrações totais.

Um paciente em cuidados paliativos não engloba somente o alívio da dor. A recomendação da OMS sugere a terapia escalonada acompanhada de fármacos adjuvantes em todas as etapas. Esta concordância pode ser evidenciada através das altas taxas encontradas de adjuvância, tanto na admissão hospitalar, presente em 91,2% dos pacientes, quanto em seu desfecho, com porcentagem total de 94,4%.

A presente pesquisa também evidenciou a pouca utilização da classe anti-inflamatório não hormonal (AINH), retratada em apenas 1 das prescrições totais, em uma taxa de 0,79%. Este dado encontrado diverge das seguintes análises: tabela da OMS, onde descreve a possibilidade de sua administração em qualquer estágio de dor; e estudo de F. Nauck et al (2004), o qual indica a prevalência inicial da utilização do medicamento diclofenaco. Essa verificação, no entanto, vem ao encontro do exame de Tiago Aparecido Maschio de Lima (2016) que caracteriza a utilização dessa gama de fármacos como potencialmente danosa ao idoso. Ora, entre 20% a 25% das reações adversas causadas por medicamentos decorrem da utilização de AINH, contribuintes para danos gastrointestinais – os não seletivos para ciclo-oxigenase (COX) – ou danos cardiovasculares – inibidores seletivos da COX-2 -, sendo prudente evitar este grupo.

Igualmente importante foi a identificação dos pacientes em cuidados paliativos como indivíduos com necessidades individuais e especiais para uma melhoria em sua qualidade no fim de vida. Entre elas a análise minuciosa de sua condição, que reage às modificações proporcionadas pela patologia, como também pelos fármacos administrados. Análise esta, acordada com o descrito de Jackson et al (2007).

Por fim, a análise dos dados colhidos no Hospital do Idoso Zilda Arns – Curitiba (PR) diverge do próprio “*Protocolo de cuidados paliativos*” do nosocômio, descrito por Elisângela B.C. Shiroma (2018) para utilização neste mesmo local do estudo. Este protocolo preconiza utilização ampla de analgésico opióide, dado refutado pela vigente investigação, a qual identifica predominância de uso de 94,04% da classe analgésico puro no total das prescrições, em oposição aos 43,65% da totalidade prescrita dos analgésicos opióides, sejam eles fracos ou fortes.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a classe medicamentosa mais utilizada no manejo da população alvo deste estudo foi analgésico puro, sendo a dipirona seu principal representante.

Identificou-se padrão de prescrição desses pacientes. Este ocorre de forma majoritária com terapia combinada, através da associação de analgésicos combinados entre si e entre adjuvantes. Outro padrão reconhecido foi a progressão entre as classes analgésicas através de aumento da prescrição de analgésico opióide forte, exclusivamente morfina, em associação ao analgésico puro e ao adjuvante, na última prescrição.

8 REFERÊNCIAS

B. C. SHIROMA, Elisangela. Protocolo Cuidados Paliativos - Hospital do Idoso Zilda Arns. Hospital do Idoso Zilda Arns - Curitiba (PR), 2018. *E-book*.

COSTANZO, L. S.; Fisiologia. 4ªed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.

DE LIMA, Liliana et al. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) list of essential practices in palliative care. **Journal of pain & palliative care pharmacotherapy**, v. 26, n. 2, p. 118-122, 2012.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

JACKSON, N.; DOHERTY, J.; COULTER, S. Neuropsychiatric complications of commonly used palliative care drugs. **Postgraduate medical journal**, v. 84, n. 989, p. 121-126, 2008.

KAM, P. C. A.; SO, A. COX-3: Uncertainties and controversies. **Current Anaesthesia & Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 50-53, 2009.

KOEPPEN, B. M.; STANTON, B. Berne y Levy. Fisiología. Ed. 2009.

LORENZ, Karl A. et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 2, p. 147-159, 2008.

MA, Joseph D. et al. Retrospective analysis of pharmacist interventions in an ambulatory palliative care practice. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 22, n. 6, p. 757-765, 2016.

MULLER-BUSCH, H. Christof; ANDRES, Inge; JEHSER, Thomas. Sedation in palliative care—a critical analysis of 7 years experience. **BMC palliative care**, v. 2, n. 1, p. 2, 2003.

NAUCK, Friedemann et al. Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. **Palliative medicine**, v. 18, n. 2, p. 100-107, 2004.

NÓBREGA, Otávio de Tolêdo; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 309-313, 2005.

OLIVEIRA, Marco Aurelio; VELLARDE, Guillermo Coca; SÁ, Renato Augusto Moreira de. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **FEMINA**, [S. l.], MAIO/JUNHO 2015.

RANG, Humphrey. P. et al. RANG & DALE: FARMACOLOGIA. 7ª Edição. Rio de Janeiro (RJ). Elsevier Ed., 2012.

RUSCIN, J. Mark; LINNEBUR, Sunny A. Problemas relacionados a medicamentos em idosos. [S. l.: s. n.], 2014.

SKARE, Thelma L. Reumatologia Básica para Estudantes. Reumatologia HUEMC: [s. n.], 2019.

WANNMACHER, Lenita. Medicina paliativa: cuidados e medicamentos. **ISSN**, Brasília, DEZEMBRO 2007.

9 ANEXOS

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Medicamentos mais utilizados em pacientes idosos com dor sob cuidados paliativos.

Pesquisador: CECILIA NEVES DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 96872618.0.0000.0103

Instituição Proponente: Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.134.536

Apresentação do Projeto:

Descrito no parecer original.

Objetivo da Pesquisa:

Descrito no parecer original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito no parecer original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador gerou nova linha de emenda para atender as pendências emitidas pelo CEP da Instituição Coparticipante.

Segue anexo documentos atualizados e revisados (06 de fevereiro de 2019):

- PROJETOTCC.pdf;
- PROJETOTCC.docx;
- CRONOGRAMA.pdf

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
 Bairro: Bigorinho CEP: 80.730-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 3.134.536

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há.

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	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_1294284_E2.pdf	06/02/2019 02:35:47		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCC.pdf	06/02/2019 02:34:02	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCC.docx	06/02/2019 02:33:50	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/02/2019 02:33:03	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Outros	resposta.pdf	10/10/2018 12:40:20	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Outros	Curriculo_lucas.pdf	27/08/2018 10:46:46	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Outros	Curriculo_matheus.pdf	24/08/2018 11:47:28	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	requerimento.pdf	24/08/2018 11:41:01	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Declaração do Patrocinador	ausenciacustos_assinada.pdf	24/08/2018 11:40:28	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	interesse_campo_pesquisa_isabel_assinada.pdf	24/08/2018 11:39:44	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	interesse_campo_pesquisa_cecilia_assinada.pdf	24/08/2018 11:39:32	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	uso_dados_assinada.pdf	24/08/2018 11:39:18	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Acelto

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
 Bairro: Bigorrilho CEP: 80.730-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 3.134.536

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_tcle_assinada.pdf	24/08/2018 11:38:21	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_assinada.pdf	24/08/2018 11:37:57	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_3.pdf	23/08/2018 10:04:57	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_2.pdf	23/08/2018 10:04:15	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_1.pdf	23/08/2018 10:03:42	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
ANA CRISTINA LIRA SOBRAL
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorinho CEP: 80.730-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medicamentos mais utilizados em pacientes Idosos com dor sob cuidados paliativos.

Pesquisador: CECILIA NEVES DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96872618.0.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.144.927

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como tema a dor em pacientes Idoso em cuidados paliativos, que será realizado no Hospital do Idoso Zilda Ams, por meio da coleta de dados de prontuários de pacientes Internados no período de janeiro de 2017 a agosto de 2018. A amostra será composta por 100 prontuários de pacientes Idosos em cuidados paliativos, fase final de vida. Para coleta de dados os pesquisadores utilizarão planilhas elaboradas no software Excel serão coletados os seguintes dados: sexo, idade, patologia acometida, classe dos medicamentos analgésicos utilizados, histórico das prescrições em um mesmo paciente segundo posologia e modificação da farmacoterapia. Posteriormente, será realizada uma divisão medicamentosa em: analgésicos não opioides típicos e atípicos, analgésicos opioides e adjuvantes. Além de rastrear o padrão de prescrição nesses pacientes. Subsequente à coleta e separação dos dados decorrerá a realização de estatística e gráfica, realizada nas ferramentas de trabalho descritas acima, das classes de medicações percentualmente mais utilizadas e se há o uso concomitante de classes, de modo a identificar o padrão de prescrição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Identificar as classes e medicamentos mais utilizados para analgesia de pacientes Idosos sob cuidados paliativos de um hospital de Idosos em Curitiba. **Objetivo específico:** Observar se há um padrão no manejo da dor destes pacientes.

Endereço: Rua Adílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 80.050-250
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4061 **Fax:** (41)3360-4065 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 3.144.927

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O trabalho apresenta como riscos a perda da confidencialidade dos dados coletados. Porém, os pesquisadores se comprometem a manejar as informações dentro das normas de sigilo, sem identificação nominal dos pacientes que tiveram os prontuários analisados no projeto.

Benefícios do projeto: Com a verificação e análise das medicações prescritas e identificação de possível padrão de analgesia, será possível reconhecer a necessidade ou não da implementação de protocolos institucionais específicos direcionados para esta finalidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante e atende aos preceitos éticos e de viabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Sugerimos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12 e 580/2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCC.pdf	06/02/2019 02:34:02	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCC.docx	06/02/2019 02:33:50	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	resposta.pdf	10/10/2018	Matheus Henrique	Aceito

Endereço: Rua Atilio Borio, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4061 Fax: (41)3360-4065 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 3.144.927

Outros	resposta.pdf	12:40:20	de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Curriculo_lucas.pdf	27/08/2018 10:46:46	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Curriculo_matheus.pdf	24/08/2018 11:47:26	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Declaração do Patrocinador	ausenciastuos_assinada.pdf	24/08/2018 11:40:28	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	uso_dados_assinada.pdf	24/08/2018 11:39:18	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_tole_assinada.pdf	24/08/2018 11:38:21	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_3.pdf	23/08/2018 10:04:57	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_2.pdf	23/08/2018 10:04:15	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito
Outros	Artigo_1.pdf	23/08/2018 10:03:42	Matheus Henrique de Magalhães Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
antonio darcy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4061 Fax: (41)3360-4065 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br