Identificacão de prescricões inapropriadas para idosos utilizando critérios de STOPP/START na APS: estudo dos últimos 10 anos

Identification of inappropriate prescriptions for the elderly using STOPP/START criteria in PHC: study of the last 10 years

***Marcia Valdes Cabrera*[1]**

RESUMO: O envelhecimento populacional e um fato demonstrável. Infelizmente o aumento da sobrevida não está acompanhado do aumento de vida saudável, porém em muitos casos de maior número de morbidades associadas, múltiplas terapias farmacológicas adjuvantes, limitações, hospitalizações e sequelas. Considerando a APS como o marco delimitador onde se centram os cuidados em saúde do paciente idoso, seria neste espaço a maior necessidade de prescrições adequadas para esta população. Nesse sentido, vários métodos têm sido desenvolvidos no sentido de quais medicamentos poderiam serem prejudiciais aos pacientes com mais de 65 anos. Dentre os métodos certificados para esses fins, o instrumento STOPP/START proporciona uma lista de fármacos potencialmente inapropriados para uso em pacientes idosos, sob risco de maiores complicações. O objetivo de esta revisão da literatura foi o de avaliar, através da utilização do STOPP/START, o papel da (APS) na validação de práticas clínicas recomendadas para a população idosa. Para tanto, o método utilizado foi a revisão de estudos publicados compatíveis com os nossos objetivos nos sites de evidências científicas: LILACS, MEDLINE e COCHRANE. Os resultados obtidos diagnosticam um elevado uso de (MPI) nos pacientes idosos e poucos estudos publicados a respeito do uso de esta ferramenta no contexto da APS. Concluímos a necessidade de incentivar um maior número de investigações científicas na APS sobre o uso de MPI e a sensibilização dos gestores e formuladores das políticas na elaboração de estratégias e incorporação de alternativas terapêuticas seguras, a fim de reduzir riscos evitáveis e assim, qualificar a utilização de medicamentos por idosos.
Palavras-chave: MIP; APS; STOPP/START.

ABSTRACT: Population aging MIP; APS; STOPP/START is a demonstrable fact. Unfortunately, the increase in survival is not accompanied by an increase in healthy life, but in many cases there is a greater number of associated morbidities, multiple adjuvant pharmacological therapies, limitations, hospitalizations and sequelae. Considering PHC as the delimiting framework where health care for elderly patients is focused, this space would be the greatest need for appropriate prescriptions for this population. In this sense, several methods have been developed to determine which medications could be harmful to patients over 65 years of age. Among the methods certified for these purposes, the STOPP/START instrument provides a list of drugs potentially inappropriate for use in elderly patients, at risk of greater complications. The objective of this literature review was to evaluate, through the use of STOPP/START, the role of (APS) in validating recommended clinical practices for the elderly population. To this end, the method used was the review of published studies compatible with our objectives on scientific evidence websites: LILACS, MEDLINE and COCHRANE. The results obtained diagnose a high use of (MPI) in elderly patients and few published studies regarding the use of this tool in the context of PHC. We conclude the need to encourage a greater number of scientific investigations in PHC on the use of PIM and the awareness of managers and policy makers in the development of strategies and incorporation of safe therapeutic alternatives, in order to reduce avoidable risks and thus qualify the use of medicines for the elderly.
Keywords: MIP; APS; STOPP/START

[1]Mestranda em Saúde Pública pelo Instituto IUNES e Graduada em Medicina pelo Instituto Superior de Ciências Médicas da Havana, Havana, Cuba. E-mail: marciavcabrera@icloud.com.

INTRODUÇÃO

A população global está passando por uma mudança demográfica significativa em direção a uma população mais idosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a esperança de vida tem aumentado, com um aumento significativo no número de indivíduos com 80 anos ou mais (OMS, c2023a).

Em suma, as mudanças demográficas globais e nacionais no sentido de uma população envelhecida têm implicações significativas para os cuidados de saúde e os serviços sociais. O número crescente de idosos exige medidas proativas para atender às suas necessidades específicas de saúde, promover um envelhecimento saudável e garantir a prestação de serviços de saúde abrangentes e integrados (OMS, 2016).

À medida que a população idosa continua a crescer, há necessidade de serviços de saúde integrados e especializados para atender às suas necessidades específicas (OMS, c2023b). Além disso, o aumento do envelhecimento da população exige uma abordagem abrangente dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde mental e a abordagem à fragilidade dos idosos. Além disso, o aumento do número de idosos tem implicações nos sistemas de saúde pública, exigindo ajustes para atender às demandas atuais e futuras desta mudança demográfica (Miranda et al, 2017).

O mesmo autor descreve envelhecimento da população apresenta desafios em prestação de cuidados de saúde. De fato, os indivíduos mais velhos podem enfrentar problemas de saúde e incapacidades relacionados com a idade

As implicações desta transição demográfica são de grande alcance, afetando vários setores da sociedade, incluindo a saúde, os serviços sociais e a economia (Miranda et al, 2017). Essa tendência também se reflete no Brasil, onde a proporção de idosos tem aumentado constantemente na última década, levando a um maior índice de envelhecimento.

ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional ao nível mundial é um fato. Segundo a OMS (OMS, 2020) a esperança de vida tem aumentado mais de 6 anos entre 2000 a 2019, passando de 66,8 anos para 73,4 anos. Infelizmente esta interpretação não está necessariamente relacionada a uma sobrevida sem incapacidades.

Segundo a Organização de Nações Unidas o número de idosos poderia duplicar até 2050 e triplicar até 2100, com cifras de 962 milhões em 2017 para 2,1 milhões em 2050 e até 3,1 milhões em 2100. Por outro lado, cifras mais volumosas estão sendo calculadas para os pacientes maiores de 80 anos ao nível mundial (ONU, c2023).

O número de pessoas com 80 anos ou mais, deverá triplicar até 2050. As análises projetadas demonstram, que passarão de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050.

Outros dados publicados pela ONU alertam sobre o crescimento mundial do número e proporção de idosos na população. O envelhecimento populacional está sendo considerado como uma das transformações sociais mais significativas deste século. Isto estaria promovido pelo impacto que teria sobre todos os setores da sociedade, tanto ao nível financeiro como laboral, nos bens e serviços, transporte, proteção, estruturas familiares e intergeracional (ONU, c2023).

No Brasil, conforme os dados divulgados na Pesquisa Nacional pela Amostra de Domicílios Contínua – PNADC- do IBGE observasse um envelhecimento constante da população no Brasil. Nos últimos 10 anos o número de idosos no território brasileiro passou de 11,3% para 14,7%. Este dado tem uma representatividade de incremento de mais de 9 milhões de idosos no tempo comentado ao nível pais (Cabral, 2022).

O censo demográfico 2022 (Publicado em 27/10/2023 11h13 Atualizado em 27/10/2023 11h58) define um índice de envelhecimento em ascenso, passando de 30,7 para 55,2 nos últimos 10 anos. Este índice é calculado comparando pessoas com idade de 65 anos ou mais na sua relação com a população de 0 até 14 anos. Por tanto, podemos inferir que, entretanto, maior seja este indicador mais envelhecido será a população (Cabral, 2022).

Publicações recentes descrevem que no Brasil em 2010 o índice de envelhecimento era de 30,7. Entretanto, já em 2022 este índice chegou a 55,2. Este dado se refere a que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos há 55,2 idosos (Gomes; Brito).

As cifras registradas anteriormente são uma alerta para a sociedade e serviços de assistência considerando que os idosos já estão sendo considerados como contribuintes para o desenvolvimento de programas sociais, políticos e econômicos. Com tudo, a sobrecarga em saúde e social nestes momentos provocará enfrentamento de muitos países a pressões nos sistemas públicos de saúde. As referências anteriormente colocadas são extremadamente relevantes se atentamos a recente publicação da ONU sobre HALE. A OMS relata que o

aumento de HALE (esperança de vida saudável) de 5,4 não acompanha o aumento da esperança de vida de 6,6 anos.

STOPP/START

Muitas ferramentas têm sido recomendadas para definir problemas de prescrição clinicamente importantes no acompanhamento e avaliação clínica de pacientes de todas as idades. Neste sentido, recebe maior destaque aqueles relacionados a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em pacientes maiores de 65 anos. Consoante com o capítulo anterior, fatores como: o aumento do envelhecimento populacional, as mudanças fisiopatológicas características da idade, a prevalência elevada de comorbidades, a polifarmácia e a necessidade de garantir uma sobrevida saudável, exigem um parâmetro norteador para prescrições medicamentosas sem risco.

Para deslindar estes problemas, vários instrumentos têm sido utilizados com a intenção de conduzir práticas clínicas suficientemente seguras para os idosos. Dentre estes um dos mais recomendados é o STOP/ START. O STOPP/ START define-se como um conjunto de critérios baseados no conhecimento e compreensão das transformações fisiopatológicas que acometem àqueles pacientes maiores de 65 anos. Assim como as repercussões possíveis de medicamentos considerados perigosos para a indicação nestas idades. Este recurso está constituído por duas listas farmacológicas, elaboradas com os critérios STOPP e os critérios START. (Conforme Tabela em anexo).

As primeiras versões de esta guia foram publicadas nos anos 2008 e 2014. Após essa data novas versões foram atualizadas, assim sendo a última publicada no ano 2021.

As bases do STOPP / START na sua segunda versão foi inicialmente aprovada pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido (NICE) https://www.nice.org.uk/guidance/ng5 (acessado em 12 de setembro de 2023) e pelo Royal College of General Practitioners e pela British Geriatrics Society no Reino Unido Turner G, Clegg A, British Geriatrics Society; Age UK; Royal College of General Practitioners (2014) Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing 43(6):744–747 .

Pela sua vez, no ano 2021, o Formulário Nacional Britânico recomendou o uso dos critérios STOPP/START. A proposta foi realizada durante a revisão rotineira de medicamentos

em idosos como meio de identificar e minimizar a prescrição inadequada (PI) nesta população em risco Comitê Conjunto de Formulário. Formulário Nacional Britânico [Internet]. Londres: Associação Médica Britânica e Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; [atualizado em março de 2021]. Disponível em: https://bnf.nice.org.uk/ (acessado em 12 de setembro de 2023).

O'Mahony et al (2023). Enfatizou a necessidade de critérios novos, mais atualizados e de fácil aplicação para abordar a prescrição inadequada na população idosa. Este mesmo autor considerou que o número substancialmente maior de critérios STOPP/START na versão 3 reflete o crescimento da evidência publicada entre 2014 e 2022 relativa à farmacoterapia para doenças comuns encontradas em pessoas idosas, como doenças cardíacas, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Precisamente pela sua utilidade estão sendo publicados variados estudos específicos apontando que os critérios STOPP/START têm relevância clínica, na prática da prescrição de rotina em muitos países. Os critérios STOPP/START também foram implementados na Diretriz Multidisciplinar Holandesa sobre polifarmácia em idosos Sociedade Holandesa de Medicina Geriátrica (2020) O uso desta ferramenta conclui que evitar PIMs deve reduzir o risco de RAMs potencialmente graves e eventos adversos a medicamentos (EAMs) (critérios STOPP). Da mesma forma, evitar PPOs (critérios START) deve reduzir a morbidade evitável.

APS

A atenção primária à saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato. Este nível de atendimento atua oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas. Esse setor oferta atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. O papel da APS abrange um espectro de serviços que vão desde a promoção da saúde e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (OPAS, c2023).

APS E ATENDIMENTO AO PACIENTE IDOSO

Por representar uma das parcelas mais vulneráveis da população, espera-se que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de se organizar e ofertar serviços aos idosos. Estes serviços devem ser perfilados considerando suas demandas específicas e busca pela redução das iniquidades em saúde.

A APS encontrasse num dilema substancial na atenção ao idoso. Está disjuntiva refere-se a expansão das opções terapêuticas para o tratamento de condições comuns em idosos multimórbidos seja bem-vinda, ela traz consigo maiores possibilidades de problemas relacionados aos medicamentos.

Pensando nesse impasse o nosso objetivo foi realizar uma revisão da literatura dos estudos publicados nos últimos 10 anos que descrevem os resultados no uso da ferramenta STOPP/ START na identificação de MIPs em idosos acompanhados pela APS.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem exploratória qualitativa em fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico, para a identificação de produções sobre o tema aplicação dos critérios STOPP START no acompanhamento de idosos pela Atenção Primaria a Saúde.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca das publicações indexadas nas bases de dados de MEDLINE e LILACs. A data da investigação foi no mês de dezembro de 2023. Os critérios adotados para a seleção das publicações foram: artigos originais, revisão de literatura ou relato de experiência, artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise. Consideramos publicações nas línguas portuguesas, inglês ou espanhol. O período avaliado contemplou os anos de 2013 até 2023, e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores: ‘STOPP START’, ‘atenção primaria a saúde’, “MIPs”, “idosos”. Foram excluídos os artigos que não atendiam aos critérios de inclusão mencionados.

O início da pesquisa foi na busca no site BVS do Ministério da Saúde, localizando como descritor do anúncio as palavras STOPP START, APS, IDOSOS e MIPs, (1340 artigos).

Após da definição de seleção foi realizado filtro selecionando os artigos de texto completo publicados nas bases de dados dos sites Medline e Lilacs (1273 artigos). No assunto: escolha, foi realizada a seleção do tema previamente definido pelo site relacionado a: Lista de

Medicamentos Potencialmente Inapropriados no idoso. (690 artigos). Definiu se a pesquisa para as línguas inglês, espanhol e português (678 artigos). Após, seleção do período dos últimos 10 anos (677 artigos). Foram finalmente relacionados os dados anteriores com a APS teve uma redução de artigos para estudo de um total de 15.

O primeiro filtro foi relacionando o título dos estudos inicialmente selecionados com os objetivos previamente definidos, conforme critérios de inclusão que seriam

1-Estudos relacionados a aplicabilidade dos critérios STOPP START

2-Pacientes acompanhados pela APS

3-Nos últimos 10 anos

4- Língua: Português, inglês, espanhol.

Conforme critérios de inclusão anteriores foram excluídos pelo título um total de 9 artigos. Mantendo a pesquisa com um total de 6 artigos selecionados de estas bases de pesquisa.

Num segundo momento foi realizada pesquisa na Biblioteca Cochrane na busca de palavras que tivessem resumo a ferramenta STOPP STAR, encontrando 101 ensaios clínicos.

Prosseguimos a uma segunda restrição considerando o tempo de últimos 10 anos, limitando a pesquisa a 93 ensaios clínicos. Após avaliação a Bases de dados embase a restrição foi para o número de 49 artigos dos quais foram, 28 de Pubmed, 17 CT gov e 14 de CRRP. O passo seguinte foi a delimitação da pesquisa conforme critérios de inclusão anteriormente definidos selecionando aqueles títulos que incluíssem APS, IDOSOS e STOPP/ START. Esta última triagem selecionou 5 ensaios clínicos coerentes com os objetivos desenhados.

DESENVOLVIMENTO

O estudo das publicações compatíveis com os objetivos traçados para a realização de esta revisão foi realizado de forma exaustiva, considerando o cumprimento do nosso objetivo principal. Neste sentido cada estudo teve a sua análise específica, descrita a continuação.

No primeiro estudo foi uma publicação da tese de Doutorado em saúde coletiva na UFRGS. Farias et al (2021), avaliou uma população inicial de 43.390 idosos, definindo uma prevalência estimada de 50% para a variável dependente (utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos – MPI). Totalizou para a sua análise em 458 idosos que constituíram a amostra de estudo, considerando um nível de 95% de confiança, erro de 5%, acrescentando uma perda de 20%. Este estudo, refletiu sobre a mudança na elaboração lista de

MPI, o aumento do número de estes fármacos disponíveis para idosos. O autor explicitou a carência de alternativas terapêuticas para substituir os MPI prescritos de forma mais prevalente pela APS.

Garcia et al. (2022), certificou a importância do conhecimento dos prescritores sobre medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), pontuando no seu estudo o risco de resultados adversos do uso destes fármacos para a saúde em idosos, uma vez que esses medicamentos podem trazer mais risco do que benefício a esses pacientes. O estudo de Garcia et al, foi exploratório e observacional, de delineamento transversal, desenvolvido com a aplicação de questionário on-line respondido de forma anônima por prescritores de uma unidade básica de saúde. Concluindo que o conhecimento e aplicação de critérios de classificação de MPI na prática clínica é ainda incipiente, mesmo em Unidade vinculada a Hospital Universitário.

Outra publicação de importância que aborda este tema foi realizada por Passos et al (2021), este estudo detectou uma prevalência de 35,4% de MPI nas prescrições. Encontrando a polifarmácia como principal fator relacionado a prescrição de medicamentos perigosos para o idoso. Esta pesquisa concluiu que pacientes que consomem cinco ou mais medicamentos simultaneamente apresentam risco aproximadamente cinco vezes maior de utilizarem MPIs.

Brown-Huisman et al (2017), traçaram como objetivo estimar a prevalência de MPI e PPO entre pacientes idosos atendidos na atenção primária na Holanda. O estudo realizado teve caráter longitudinal e retrospectivo coletando dados de 182.000 pacientes de 49 clínicos gerais (GPs) reunidos no banco de dados de GPs do Centro Médico Acadêmico de Amsterdã, Holanda. A pesquisa contou como uma média de 4537 pacientes por ano investigado. A prevalência média determinada foi de PIM de 34,7% e de PPO 84,8% Exemplos citados neste estudo foram, foram a prescrição de salicilatos sem indicação adequada e a ausência de prescrição de vitamina D como indicação terapêutica.

Manuel R Blum, no estudo OPERA, avalia a indicação de MIPs em idosos examinou a optimização do tratamento sobre as internações hospitalares de pacientes idosos poli mórbidos e com polifarmácia. Este estudo, apesar de não ser realizado pela APS tem uma grande importância no conhecimento da relação de polifarmácia e uso de MIPs. As caraterísticas metodológicas de este têm um lineamento de randomização, controle e multi conglomerados coloca este numa posição central em relação com as outras publicações cientificas que abordam este tema.

Os estudos selecionados para a realização de esta investigação no geral consideraram fundamental a formação profissional sobre o uso de medicamentos por idosos. Foi sugerida a capacitação permanente dos profissionais de saúde sobre os instrumentos para identificação, avaliação e redução dos MPI.

O papel dos gestores e formuladores das políticas como ativadores de elaboração de estratégias e incorporação de alternativas terapêuticas seguras, a fim de reduzir riscos evitáveis e assim, qualificar a utilização de medicamentos por idosos.

A orientação de sensatez durante a prescrição de medicamentos pela equipe médica foi documentada. Sugere-se basear as práticas clínicas em evidências científicas bem desenhadas. Se recomenda a utilizando de instrumentos que se têm disponíveis, como as listas de medicamentos padronizados e o consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos. O propósito desses recursos seria melhorar a qualidade e a segurança da prescrição para idosos.

No processo de assistência farmacêutica, é necessária a realização constante da avaliação das prescrições. Com tudo, também devem ser consideradas as relações dos medicamentos essenciais, assim como a realização de investigações sistemáticas, a fim de detectar precocemente a ocorrência de agravos, devido à utilização de MPI pelos subgrupos de idosos de maior vulnerabilidade.

E finalmente a necessidade de maior atenção na prescrição de medicamentos aos pacientes idosos, pois a prevalência de PIM entre pacientes idosos nos cuidados primários é substancial e não diminuiu temporalmente.

CONCLUSÃO

Concluímos que o papel da APS como centralizador do cuidado ao paciente idoso deve ser fortalecido. As bases devem ser sustentadas com um conhecimento ampliado e atualizado sobre a importância do uso de ferramentais que alertem sobre os MIPs no paciente maior de 65 anos. Consideramos que a quantidade de estudos específicos sobre a relação de APS, idosos e MIPs a través do instrumento STOPP/ START e insuficiente se temos em conta a abrangência da população assistida idosa atendida pela APS ao nível mundial.

REFERÊNCIAS

BROWN-HUISMAN, Linette et al. Prescrição potencialmente inadequada para pacientes idosos na atenção primária na Holanda: um estudo longitudinal retrospectivo. **Envelhecimento Etário,** v. 46, n. 4, p. 614-619, 2017.

CABRAL. Uberlândia. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. **Agência IBGE de Notícias**, 22 jul. 2022. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021. Acesso em: 23 nov. 2023.

FARIAS, Andrezza Duarte *et al.* Medicamentos potecialmente inapropriados para idosos: da seleção à prescrição na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 26, n. 5, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n5/1781-1792/pt/. Acesso em: 25 nov. 2023.

GARCIA, Taiane Santos; DALBEM, Paula Thomé; HEINECK, Isabela. Conhecimento dos prescritores sobre medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma Unidade Básica de Saúde. **Clin.** v. 42, n.2, p. 100-106, 2022.

GOMES, I.; BRITTO, V. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência IBGE de Notícias**, 1 out. 2023. Diponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos#:~:text=A%20idade%20mediana%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,%C3%ADndice%20era%20de%2030%2C7. Acesso em: Acesso em: 23 nov. 2023.

MIRANDA, G. M. D. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 131-145, jan./abr. 2017. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 02 dez. 2023.

O'MAHONY, D., CHERUBINI, A., GUITERAS, AR *et al.* Critérios STOPP/START para prescrição potencialmente inadequada em idosos: versão 3. **Eur Geriatr Med**, v.14, p. 625–632, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y. Acesso em: 25 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030**. Disponível em: https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing. Acesso em: 22 nov. 2023.

ONU. Envelhecimento. A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população. **Nações Unidas**, c2023. Disponível em: https://unric.org/pt/envelhecimento/. Acesso em: 22 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. **Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020**: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. Ginebra: OMS, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-sp.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO methods and data sources for life tables 1990-2019** . Genebra: OMS, 2020.

OPAS. Atenção primária à saúde. **OPAS**, c2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 20 nov. 2023.

PASSOS, M. M. B. et al. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos para idosos atendidos na Atenção Primária. **Rev. APS,** v.22, n. 3, p. 616-632, 2023.

ANEXO

Operacionalização Proposta para os Critérios STOPP/START

Tabela 1 - Critérios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)

Os fármacos seguintes são potencialmente inapropriados em pessoas com 65 ou mais anos:

Secção A. Indicação da medicação
1. Qualquer medicamento prescrito sem uma indicação baseada em evidência clínica. 2. Qualquer medicamento prescrito com uma duração superior à indicada, quando a duração do tratamento está bem definida. 3. Qualquer prescrição concomitante de dois fármacos da mesma classe, como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), diuréticos da ansa,inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), anticoagulantes (deve otimizar-se otratamento em monoterapia dentro da classe de fármacos respetiva antes de considerar a introdução de um novo fármaco).
Secção B. Sistema cardiovascular
1. Digoxina para o tratamento da insuficiência cardíaca com função sistólica ventricular conservada(não existe evidência clara do seu benefício). 2. Diltiazem ou verapamilo na insuficiência cardíaca de classe III ou IV da *New York Heart Association*-NYHA (pode agravar a insuficiência cardíaca). 3. Bloqueadores-beta em combinação com verapamilo ou diltiazem (risco de bloqueio cardíaco). 4. Bloqueadores-beta com bradicardia (<50 bpm), bloqueio cardíaco de segundo ou terceiro grau (risco de bloqueio cardíaco completo ou assistolia). 5. Amiodarona como tratamento anti-arrítmico de primeira linha nas taquiarritmias supraventriculares(risco acrescido de efeitos secundários comparativamente a bloqueadores-beta, digoxina, verapamilo ou diltiazem). 6. Diurérico da ansa em monoterapia como primeira linha de tratamento da hipertensão (existem alternativas disponíveis mais seguras e eficazes). 7. Diurético da ansa para tratamento do edema maleolar, i.e., sem evidência clínica, bioquímica ou radiológica de insuficiência cardíaca (sem evidência de eficácia; meias de compressão geralmente maisapropriadas). 8. Diurético tiazídico quando existe hipocaliémia (potássio sérico < 3,0 mmol/L), hiponatrémia (sódio sérico < 130 mmol/L) ou hipercalcémia (cálcio sérico corrigido> 2,65 mmol/L) significativas ou com historial de gota (as tiazidas podem originar hipocaliémia, hiponatrémia, hipercalcémia e gota). 9. Diurético da ansa para o tratamento da hipertensão quando existe incontinência urinária (podem agravar a incontinência). 10. Anti-hipertensores de ação central (metildopa, clonidina, moxonidina, rilmenidina, guanfacina), excepto se existir intolerância ou falta de eficácia comprovada a outras classes de anti-hipertensores (os anti-hipertensores de ação central são geralmente pior tolerados em idosos que em adultos jovens). 11. IECA ou antagonista do receptor da angiotensina II (ARA-II) em doentes com hipercaliémia. 12. Antagonistas da aldosterona (espironolactona, eplerenona) em toma concomitante com outros fármacos que podem aumentar os níveis de potássio (IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sem que exista monitorização dos níveis séricos de potássio (risco de hipercaliémia grave> 6,0 mmol/L; o potássio sérico deve ser monitorizado periodicamente, pelo menos a cada 6 meses). 13. Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil) na insuficiência cardíaca grave com presença de hipotensão (pressão arterial sistólica < 90 mmHg) ou associados a tratamento da angina de peito com nitratos (risco de colapso cardiovascular).
Secção C. Fármacos antiagregantes/anticoagulantes

1. Ácido acetilsalicílico (AAS) em dose superior a 160 mg/dia (aumento do risco de hemorragia, sem evidência de eficácia superior). 2. AAS com historial de úlcera péptica sem a toma de um inibidor da bomba de protões (IBP) (risco de recorrência de úlcera péptica). 3. AAS, clopidogrel, dipiridamol, antagonistas da vitamina K, inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa na presença de um risco significativo de hemorragia (por exemplo, na hipertensão arterial grave não controlada, diátese hemorrágica, hemorragia espontânea recente significativa) (elevado risco de hemorragia). 4. AAS em combinação com clopidogrel na prevenção secundária do acidente vascular cerebral (AVC),excepto se o doente possuir um *stent* coronário implantado nos 12 meses anteriores, uma síndrome coronária aguda ou uma estenose carotídea grave e sintomática (não existe evidência de benefícios acrescidos, comparativamente à toma de clopidogrel em monoterapia). 5. AAS combinado com um antagonista da vitamina K, um inibidor direto da trombina ou um inibidor do fator Xa em doentes com fibrilhação auricular crónica (AAS não acrescenta benefícios). 6. Antiagregante plaquetário combinado com um antagonista da vitamina K, inibidor direto da trombinaou um inibidor do fator Xa em doentes com doença coronária, cerebrovascular, ou arterial periférica estáveis (o tratamento combinado não acrescenta benefícios). 7. Ticlopidina em qualquer circunstância (clopidogrel e prasugrel têm eficácia semelhante, maior evidência clínica e menores efeitos adversos). 8. Antagonista da vitamina K, inibidor direto da trombina, ou inibidor do fator Xa para o primeiro episódio de trombose venosa profunda sem que persistam os fatores de risco desencadeantes (ex. trombofilia) em tratamentos de duração superior a 6 meses (benefício adicional não comprovado). 9. Antagonista da vitamina K, inibidor direto da trombina, ou inibidor do fator Xa para o primeiro episódio de tromboembolismo pulmonar sem que persistam os fatores de risco desencadeantes, em tratamentos de duração superior a 12 meses (benefício não comprovado). 10. AINE em combinação com um antagonista da vitamina K, inibidor direto da trombina ou um inibidordo fator Xa (risco de hemorragia digestiva grave). 11. AINE com outro antiagregante plaquetários em tratamento profilático com IBP (aumenta o risco dedoença ulcerosa péptica).
Secção D. Sistema nervoso central e psicotrópicos
1. Antidepressivos tricíclicos (ADT) na presença de demência, glaucoma de ângulo fechado, anomaliasda condução cardíaca, prostatismo ou historial de retenção urinária (risco de agravamento destas patologias). 2. Introdução de ADT como tratamento antidepressivo de primeira linha [risco superior de efeitos secundários com ADT do que com ISRS ou inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN)]. 3. Neurolépticos com efeitos antimuscarínicos moderados/graves (cloropromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, zuclopentixol) com antecedentes de prostatismo ou retenção urinária (elevadorisco de retenção urinária). 4. ISRS com hiponatrémia significativa atual ou recente (sódio sérico< 130mmol/L) (risco de precipitarou exacerbar uma hiponatrémia). 5. Benzodiazepinas em tratamento igual ou superior a 4 semanas (não existe indicação para tratamentos de duração superior; risco de sedação prolongada, confusão, perda de equilíbrio, quedas,acidentes de viação; todas as benzodiazepinas devem suspender-se de forma gradual se o tratamentoexceder as 4 semanas, já que se forem suspensas de forma abrupta existe o risco de síndrome de abstinência). 6. Antipsicóticos (que não a quetiapina ou clozapina) em doentes com parkinsonismo ou demência porcorpos de Lewy (risco de efeitos extrapiramidais graves). 7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para o tratamento dos efeitos secundários extrapiramidais dos neurolépticos (risco de toxicidade anticolinérgica). 8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos em doentes com delírio ou demência (risco de agravamento da função cognitiva). 9. Neurolépticos em doentes com sintomas psicológicos e comportamentais de demência, salvo se estesforem graves e não respondam a outros tratamentos não farmacológicos (aumento do risco de acidentevascular cerebral). 10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo se os problemas do sono se devam a psicose ou demência (risco de confusão, hipotensão, efeitos secundários extrapiramidais, quedas). 11. Inibidores da acetilcolinesterase com antecedentes de bradicardia persistente (<60 bpm), bloqueiocardíaco ou síncopes recorrentes de etiologia desconhecida, ou tratamento simultâneo com fármacos que diminuem a frequência cardíaca como bloqueadores-beta,digoxina, diltiazem,verapamilo (risco de perturbações da

condução cardíaca, síncope ou lesões). 12. Fenotiazinas como tratamento de primeira linha, dado que existem alternativas mais seguras e eficazes (fenotiazinas são sedativas e produzem toxicidade antimuscarínica significativa nos idosos; excetuam-se alguns casos, por exemplo, levomepromazina como antiemético em cuidados paliativos). 13. Levodopa ou agonistas dopaminérgicos para o tremor essencial (não existe evidência de eficácia). 14. Antihistamínicos de primeira geração (existem vários antihistamínicos mais seguros e menos tóxicos).
Secção E. Sistema renal [os fármacos seguintes são potencialmente inapropriados em idosos com doença renal aguda ou crónica, com função renal abaixo de níveis específicos de taxa de filtração glomerular(TFG);avaliar de acordo com o Resumo das Características do Medicamento e *guidelines*locais].
1. Digoxina no tratamento crónico, em doses superiores a 125 µg/dia com TFG< 30 ml/min/1,73m^2 (risco de toxicidade digitálica se os níveis plasmáticos não forem monitorizados). 2. Inibidores diretos da trombina (dabigatrano) com TFG< 30 ml/min/1,73m^2 (risco de hemorragia). 3. Inibidores do fator Xa (rivaroxabano, apixabano) com TFG< 15 ml/min/1,73m^2 (risco de hemorragia). 4. AINEs com TFG< 50 ml/min/1,73m^2 (risco de deterioração da função renal). 5. Colquicina com TFG< 10 ml/min/1,73m^2 (risco de toxicidade por colquicina). 6. Metformina com com TFG< 30 ml/min/1,73m^2 (risco de acidose láctica).
Secção F. Sistema Gastrointestinal
1. Metoclopramida com Parkinsonismo (risco de agravamento dos sintomas parkinsónicos). 2. IBP para a doença ulcerosa péptica não complicada ou esofagite péptica erosiva em dosesterapêuticas completas em tratamentos de duração superior a 8 semanas (está indicada a redução de dose ou descontinuação precoce). 3. Medicamentos que podem provocar obstipação (fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos, ferro oral, opioides, verapamilo, antiácidos com alumínio) em doentes com obstipação crónica, quando existem alternativas não-obstipantes disponíveis (risco de exacerbação da obstipação). 4. Ferro elementar oral em doses superiores a 200 mg/dia (por exemplo: fumarato ferroso > 600 mg/dia, sulfato ferroso> 600 mg/dia, gluconato ferroso> 1800 mg/dia; não existe evidência de absorçãoaumentada para doses superiores às referidas).
Secção G. Sistema respiratório
1. Teofilina em monoterapia no tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (existem alternativas mais seguras e eficazes; risco de efeitos adversos devidos ao índice terapêutico estreito). 2. Corticosteroides sistémicos em vez de corticosteroides inalados para o tratamento de manutenção da DPOC moderada a grave (exposição desnecessária a efeitos secundários a longo prazo dos corticosteroides sistémicos; existem alternativas terapêuticas de inalação mais eficazes). 3. Broncodilatadores antimuscarínicos (ipratrópio, tiotrópio) com historial de glaucoma de ângulo fechado (podem exacerbar o glaucoma) ou obstrução do trato urinário inferior (podem causar retençãourinária). 4. Bloqueadores beta não cardioseletivos (orais ou tópicos para o glaucoma) com historial de asma querequereu tratamento (aumento do risco de broncoespasmo). 5. Benzodiazepinas com insuficiência respiratória aguda ou crónica (por exemplo, pO_2<8,0kPa +- pCO_2>6,5 kPa; risco de exacerbação da insuficiência respiratória).
Secção H. Sistema músculo-esquelético
1. AINE (excetuando os inibidores seletivos da COX-2) com historial de úlcera péptica ou hemorragia digestiva, salvo com a toma concomitante de um IBP ou um antagonista H2 (risco de recorrência de úlcera péptica). 2. AINE com hipertensão grave (risco de exacerbação da hipertensão) ou com insuficiência cardíaca grave (risco de exacerbação da insuficiência cardíaca). 3. AINE a longo prazo (> 3 meses) para o tratamento sintomático da osteoartrite quando não se tentou 4. o paracetamol (os analgésicos simples são preferíveis e normalmente igualmente eficazes para o tratamento da dor). 5. Corticosteroides a longo prazo (>3 meses) como monoterapia para a artrite reumatóide (risco de efeitos secundários sistémicos dos corticosteroides). 6. Corticosteroides (exceto injeções intra-articulares periódicas para a dor mono-articular) para a osteoartrite (risco de efeitos secundários sistémicos dos corticosteroides).

7. AINE ou colquicina a longo prazo (>3 meses) para o tratamento crónico da gota, quando não existe contraindicação para os inibidores da xantina oxidase (alopurinol, febuxostate) (os inibidores da xantina oxidase são os fármacos profiláticos de primeira escolha na gota). 8. Inibidores selectivos da COX-2 com doença cardiovascular (aumento do risco de enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral). 9. AINE com toma concomitante de corticosteroides sem IBP em dose profilática (aumenta o risco de úlcera péptica). 10. Bifosfonatos orais em idosos com doença digestiva alta presente ou prévia (por exemplo, disfagia, esofagite, gastrite, duodenite, úlcera péptica ou hemorragia digestiva alta) (risco de recorrência/exacerbação da esofagite, úlcera esofágica ou estenose esofágica).
Secção I. Sistema urogenital
1. Fármacos antimuscarínicos na presença de demência ou deterioração cognitiva crónica (aumenta orisco de confusão, agitação) ou glaucoma de ângulo fechado (risco de exacerbação do glaucoma) ou prostatismo crónico (risco de retenção urinária). 2. Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos seletivos em doentes com hipotensão ortostática sintomática ou síncope miccional (risco de recorrência da síncope).
Secção J. Sistema endócrino
1. Sulfonilureias de longa duração de ação (glibenclamida, glimepirida) com diabetes mellitus tipo 2(risco de hipoglicemia prolongada). 2. Tiazolidinonas (rosiglitazona, pioglitazona) em doentes com insuficiência cardíaca (risco deexacerbação da insuficiência cardíaca). 3. Bloqueadores beta na diabetes mellitus com episódios frequentes de hipoglicemia (risco demascaramento dos sintomas de hipoglicemia). 4. Estrogénios com historial de cancro da mama ou tromboembolismo venoso (aumento do risco de recorrência). 5. Estrogénios orais sem progestagénios em mulheres com útero intacto (risco de cancro doendométrio). 6. Androgénios (hormonas sexuais masculinas) na ausência de hipogonadismo primário ou secundário(risco de toxicidade por androgénios; não demonstrou benefícios fora da indicação de hipogonadismo).
Secção K. Fármacos que aumentam de forma previsível o risco de quedas em pessoas idosas
1. Benzodiazepinas (sedativas, podem reduzir o nível de consciência, deterioram o equilíbrio) 2. Neurolépticos (podem causar dispraxia da marcha, parkinsonismo). 3. Vasodilatadores (por exemplo, bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, 4. nitratos de ação prolongada, IECA, ARA-II) com hipotensão postural persistente (queda de pressão sistólica recorrente, superior a 20 mmHg; risco de síncope e quedas). 5. Hipnóticos Z (zolpidem, zaleplom) (podem causar sedação diurna prolongada, ataxia).
Secção L. Analgésicos
1. Toma de opioides potentes por via oral ou transdérmica (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, tramadol, petidina, pentazocina) como tratamento de primeira linha para a dor ligeira (incumprimento da escala analgésica da OMS). 2. Toma regular de opioides (não em SOS) sem associar laxantes (risco de obstipação grave). 3. Opioides de ação prolongada sem a toma de opioides de ação rápida para a dor irruptiva (risco de persistência da dor grave).
Secção M. Carga antimuscarínica/anticolinérgica
1. Toma concomitante de 2 ou mais fármacos com propriedades antimuscarínicas/anticolinérgicas (por exemplo, antiespasmódicos vesicais, intestinais, ADT, anti-histamínicos H1 de primeira geração) (riscode toxicidade antimuscarínica/anticolinérgica).

Tabela 2 - Critérios START (Screening Tool to Alert to Right Treatment)

"Salvo se o doente estiver em situação terminal e que, portanto, precise de uma abordagem terapêutica paliativa, deveriam considerar-se os seguintes tratamentos quando omitidos por razões clínicas não válidas. Assume-se que o prescritor observará todas as contraindicações específicas destes fármacos antes de os recomendar a doentes idosos."

Secção A. Sistema cardiovascular
1. Antagonistas da vitamina K, inibidores diretos da trombina, ou inibidores do fator Xa na presença de fibrilhação auricular crónica. 2. AAS (75-160 mg/dia) na presença de fibrilhação auricular crónica, quando os antagonistas da vitamina K, inibidores diretos da trombina ou inibidores do fator Xa estão contraindicados. 3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) com antecedentes bem documentados dedoença coronária vascular, cerebral ou periférica. 4. Anti-hipertensores quando a pressão arterial sistólica é habitualmente >160 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é habitualmente >90 mmHg (>140 mmHg e >90 mmHg, respetivamente se o doente é diabético). 5. Estatinas com historial bem documentado de doença vascular coronária, cerebral ou periférica, salvose o doente estiver em situação final de vida ou a sua idade seja >85 anos. 6. IECA na insuficiência cardíaca sistólica e ou cardiopatia isquémica bem documentada. 7. Bloqueadores beta na cardiopatia isquémica. 8. Bloqueadores beta apropriados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol ou carvedilol) na insuficiênciacardíaca sistólica estável.
Secção B. Sistema respiratório
1. Agonista beta-2 ou antimuscarínico (ipratrópio, tiotrópio) inalado de forma regular, na asma ou DPOCligeira a moderada. 2. Corticosteroide inalado de forma regular na asma ou DPOC moderada a grave, quando o volume expiratório forçado (FEV1) <50% do valor previsto e existem exacerbações frequentes que requerem corticosteroides orais. 3. Oxigenoterapia domiciliária contínua na hipoxémia crónica (pO_2< 8,0 kPa, 60 mmHg ou $satO_2$< 89%).
Secção C. Sistema nervoso central e olhos
1. Levodopa ou um agonista dopaminérgico na doença de Parkinson idiopática com deterioraçãofuncional e incapacidades secundárias. 2. Antidepressivos não tricíclicos na presença de sintomas depressivos *major* persistentes. 3. Inibidores da acetilcolinesterase (donepezilo, rivastigmina, galantamina) para a doença de Alzheimerligeira a moderada ou na demência por corpos de Lewy (rivastigmina). 4. Prostaglandinas ou bloqueadores beta tópicos para o glaucoma primário de angulo aberto. 5. ISRS (IRSN ou pregabalina se os ISRS estão contraindicados) na ansiedade grave persistente que interfere com a independência funcional. 6. Agonistas dopaminérgicos (ropinirol, pramipexol, rotigotina) na síndrome das pernas inquietas, desdeque previamente descartadas como causas a deficiência de ferro e doença renal grave.
Secção D. Sistema gastrointestinal
1. IBP na doença do refluxo gastroesofágico grave ou estenose péptica que requeira dilatação. 2. Suplementos de fibra (farelo, *ispaghula*, metilcelulose) na diverticulose com historial de obstipação.
Secção E. Sistema músculo-esquelético

1. Fármacos modificadores da doença reumática (DMARD) na artrite reumatóide ativa incapacitante. 2. Bifosfonatos, vitamina D e cálcio em doentes que tomam corticosteroides orais a longo prazo. 3. Suplementos de cálcio e vitamina D em doentes com osteoporose conhecida e/ou fraturas prévias devidas a fragilidade e/ou densidade mineral óssea com T-*score* inferior a -2,5 em múltiplos pontos. 4. Inibidores da reabsorção óssea ou anabolizantes ósseos (por exemplo, bifosfonatos, ranelato de estrôncio, teriparatida, denosumab) em doentes com osteoporose conhecida, quando não existam contraindicações farmacológicas ou clínicas para o seu uso (densidade mineral óssea com T-*score* inferior a -2,5 em múltiplos pontos e/ou historial de fraturas por fragilidade óssea. 5. Suplementos de vitamina D em idosos que não saem de casa, sofrem quedas ou têm osteopenia (densidade mineral óssea com T-*score*> -1,0 mas <-2,5 em múltiplos pontos). 6. Inibidores da xantina oxidase (alopurinol, febuxostate) com historial de episódios recorrentes de gota. 7. Suplementação com ácido fólico em doentes que tomam metotrexato.
Secção F. Sistema endócrino
1. IECA (ARA-II se os IECA não forem tolerados) na diabetes com evidência de doença renal [proteinúrianuma tira reativa ou microalbuminúria (>30 mg/24h) com ou sem dados bioquímicos de doença renal].
Secção G. Sistema urogenital
1. Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos no prostatismo sintomático, quando não se considera necessária a prostatectomia. 2. Inibidores da 5-alfa redutase no prostatismo sintomático, quando não se considera necessária a prostatectomia. 3. Estrogénios vaginais tópicos ou em anel para a vaginite atrófica sintomática.
Secção H. Analgésicos
1. Opioides de elevada potência na dor moderada a severa, quando o paracetamol, AINEs ou opioidesde baixa potência não são apropriados à severidade da dor ou se revelaram ineficazes. 2. Laxantes em doentes que tomam opioides regularmente.
Secção I. Vacinas
1. Vacina trivalente anual contra o vírus da gripe sazonal. 2. Vacina anti-pneumocóccica a cada 5 anos.
Secção F. Sistema endócrino
1. IECA (ARA-II se os IECA não forem tolerados) na diabetes com evidência de doença renal [proteinúrianuma tira reativa ou microalbuminúria (>30 mg/24h) com ou sem dados bioquímicos de doença renal].
Secção G. Sistema urogenital
1. Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos no prostatismo sintomático, quando não se considera necessária a prostatectomia. 2. Inibidores da 5-alfa redutase no prostatismo sintomático, quando não se considera necessária a prostatectomia. 3. Estrogénios vaginais tópicos ou em anel para a vaginite atrófica sintomática.
Secção H. Analgésicos
1. Opioides de elevada potência na dor moderada a severa, quando o paracetamol, AINEs ou opioidesde baixa potência não são apropriados à severidade da dor ou se revelaram ineficazes. 2. Laxantes em doentes que tomam opioides regularmente.
Secção I. Vacinas

1. Vacina trivalente anual contra o vírus da gripe sazonal. 2. Vacina anti-pneumocóccica a cada 5 anos.