UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

BARBARA CASARIN HENRIQUE SANCHES

Estilo de vida, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos com alteração de linguagem pós Acidente Vascular Cerebral

BAURU

BARBARA CASARIN HENRIQUE SANCHES

Estilo de vida, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos com alteração de linguagem pós Acidente Vascular Cerebral

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Versão corrigida

2019

Sanches, Barbara Casarin Henrique

Estilo de vida, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos com alteração de linguagem pós Acidente Vascular Cerebral / Barbara Casarin Henrique Sanches. – Bauru, 2019.

111 p.: il.; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo Orietador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Comitê de Ética da FOB-USP Protocolo nº: 77278117.0.00005417 Data:

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

À **Deus**, por ser minha fortaleza e meu sustento, iluminar meu caminho e guiar meus passos;

Ao meu esposo **Vítor** e aos meus pais **Aparecida** e **Anderson**, por serem meus maiores incentivadores. Vocês são minha calmaria e minha força. Obrigada por partilhar dos meus sonhos, e me fazerem acreditar que TUDO é possível, basta coragem e força de vontade.

Ao meu **Monet**, meu companheiro nas horas de alegria e desespero, que me acompanhou nas madrugadas a fio, sempre deitado no meu pé, com olhar de carinho.

Ao meu avô **Francisco** com quem eu vivenciei todo o processo de reabilitação de um AVC. Foi e sempre será por você.

Ao meu filho, **Francisco**, que me invadiu de amor e me ensinou que as melhores coisas da vida são inesperadas! Obrigada por partilhar a vida comigo e por me encher de amor, mesmo ainda tão pequenino.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, por toda atenção, cordialidade, paciência e sabedoria dedicados a mim e a este trabalho;

À **Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana**, por me acolher no seu grupo de pesquisa com tanto carinho, compartilhar seu conhecimento e sabedoria relacionados ao AVC e a vida;

À **Profa. Dra. Patrícia Abreu Pinheiro Crenitte**, pelas contribuições durante o meu Exame de Qualificação;

Aos amigos Cristina Espírito Santo, Natalia Carleto, Natalia Favoretto, Elen Franco, Letícia Leite, Bianca Alvarenga, Marina Bighetti, Júlia Bastos, Paula Grandini, Samir Espírito Santo e Rafael Damasceno, pelo apoio, incentivo, auxílio, contribuições em discussões teóricas e momentos de descontração durante a realização deste trabalho;

À Gerência de Enfermagem do Hospital Estadual de Bauru, em nome de **Nathaly Hatore** e **Patrícia Lantman**, que me apoiaram e permitiram a conciliação entre minha jornada de trabalho e o desenvolvimento deste estudo;

Às amigas **Dra. Cristiane Rocha** e **Enfa. Libele Monteiro**, que me motivaram, incentivaram e apoiaram desde o início, fazendo acreditar que eu era capaz;

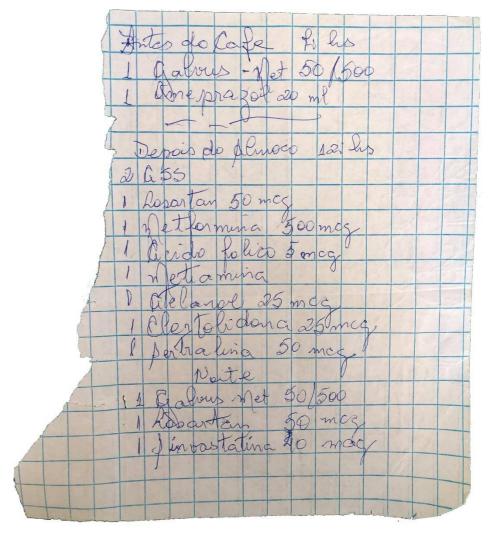
As **secretárias do Departamento de Pós-Graduação** pela dedicação e pronto atendimento;

Aos **participantes deste estudo**, que permitiram seu desenvolvimento, dividindo um pouco de sua rotina de forma tão paciente ao responder todos os questionamentos;

À Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, pelo apoio institucional;

Ao **Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru**, por me permitir alcançar mais este degrau em minha formação;

À Universidade de São Paulo, por ser o pilar da minha formação profissional e pessoal;



Bilhete entregue por um dos sujeitos da pesquisa.

"A diferença entre o remédio e o veneno é a dose" Paracelso

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral é a segunda maior causa de mortalidade no Brasil. Com o envelhecimento populacional e hábitos de vidas pouco saudáveis, doenças crônicas nãos transmissíveis são cada dia mais comuns. Seguindo este raciocínio, as comorbidades levam os indivíduos a utilizarem maior quantidade de medicações, podendo surgir interações medicamentosas desde leves a graves ou até fatais. Objetivou-se caracterizar a relação entre estilo de vida, prevalência de doenças crônicas nãos transmissíveis, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos pós Acidente Vascular Cerebral. A amostra foi composta por 31 sujeitos com alterações de linguagem em decorrência do Acidente Vascular Cerebral. Os dados foram coletados por meio de instrumentos sendo: Questionário auto- referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (QSAVI-AVC); Identificação de Doenças Crônicas Autorreferidas; e um último questionário referente ao uso de medicamentos, responsabilidade da prescrição, frequência do uso, forma de apresentação, forma de administração, e obtenção do fármaco. A partir dos dados deste último, foi realizada por meio da plataforma digital drugs.com, análise dos níveis de interações medicamentosas. Os dados qualitativos foram descritos por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), e os quantitativos por meio de média e desvio padrão. As correlações entre as variáveis foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Pearson e Spearman. A prevalência na amostra foi de sujeitos do gênero masculino (51,6%), com renda familiar média de 4,4 salários mínimos, com prevalência da população maior de 60 anos (51,6%) e média de idade de 59,7 anos. Quanto ao estilo de vida e risco de Acidente Vascular Cerebral, a média do escore total foi de 87,4. Dentre as doenças crônicas autorreferidas, a média foi de 5,4 doenças por sujeito, sendo dislipidemia (77,4%) a mais prevalente, seguida pela hipertensão arterial (72,4%), sobrepeso/obesidade (64,5%), depressão (48,4%) ansiedade (41,9%), diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (35,5%). No total, 68 medicações distintas foram citadas, com média de consumo de medicações distintas ao dia de 6,6 medicamentos, com prevalência de polifarmácia em 74,2% nos participantes. Por meio das 68 interações citadas, foram obtidas 307 interações medicamentosas, sendo que 19% eram de interações leves, 72% interação moderada e 9% interações altas. Quanto ao maior nível de interações medicamentosas por sujeito, 10% não

apresentavam interações, 3% interações leves, 39% moderadas e 48% altas. Diante dos resultados, conclui-se que não houve relação estatisticamente significante entre valor do QSAVI-AVC e doenças crônicas não transmissíveis e número de medicamentos utilizados, em contrapartida, observou-se valor de significância entre índice de massa corporal e valor QSAVI-AVC, índice de massa corporal e número de medicamentos, número de medicamentos e grau de interação medicamentosa, e doenças crônicas não transmissíveis e número de medicamentos.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Estilo de Vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Polimedicação.

ABSTRACT

Lifestyle, polypharmacy and drug interactions in adults/elderly with language disorders after Stroke

Stroke is the second largest cause of mortality in Brazil. With aging populations and unhealthy lifestyles, chronic non-communicable diseases are becoming more common everyday. Following this reasoning, comorbidities lead individuals to use more medications, and drug interactions can arise from mild to severe or even fatal. The aim of this study was to characterize the relationship between lifestyle, prevalence of CNCD, polypharmacy and drug interactions in adult/elderly post-stroke patients. The sample was carried by 31 subjects with language alterations as a result of the stroke. Data were collected through instruments such as: QSAVI-AVC - self-referred questionnaire on health and lifestyle conditions for the development of stroke; Identification of Chronic Self-Referred Diseases; and a last questionnaire regarding the use of medications, responsibility for prescription, frequency of use, form of presentation, form of administration, and drug procurement. From the data of the latter, was performed through the digital platform drugs.com, analysis of levels of drug interactions. Qualitative data were described by means of absolute frequency (n) and relative frequency (%), and quantitative data by mean and standard deviation. Correlations among variables were assessed by the Pearson and Spearman correlation coefficient. The prevalence in the sample was of male subjects (51.6%), with an average family income of 4.4 minimum wages, with prevalence of the population over 60 years old (51.6%) and mean age of 59.7 years. Regarding lifestyle and risk of stroke, the mean total QSAVI-AVC score was 87.4. Among the self-reported chronic diseases, the mean was 5.4 diseases per subject, with dyslipidemia (77.4%) being the most prevalent, followed by hypertension (72.4%), overweight / obesity (64.5%), depression 48.4%) anxiety (41.9%), DM and cardiovascular diseases (35.5%). In total, 68 different medications were cited, with a mean of medication consumption different from the day of 6.6 medications, with a prevalence of polypharmacy in 74.2% in the participants. Through the 68 interactions mentioned, 307 drug interactions were obtained, 19% of which were mild interactions, 72% moderate interaction and 9% high interactions. Regarding the highest level of drug interactions

per subject, 10% had no interactions, 3% mild interactions, 39% moderate and 48% high interactions. In view of the results, it was concluded that there was no statistically significant relationship between QSAVI-AVC and Chronic Diseases and the number of medications used, in contrast, a significance level was found between body mass index and QSAVI-AVC, body mass index and number of medications, number of drugs and degree of drug interaction, and Chronic Diseases and number of drugs.

Keywords: Stroke, Lifestyles, Chronic Diseases; Polypharmacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Porcentagem dos níveis de interação medicamentosa máxima por	
	sujeitos	55
Gráfico 2 -	Distribuição dos níveis de interação medicamentosa	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Valor relativo das respostas das questões relacionadas aos fatores
		de risco (1 -27) QSAVI-AVC49
Tabela 2	-	Valor relativo das respostas relacionadas a hábitos de vida saudáveis
Tabela 3	-	Valores absolutos e relativos por doenças autorreferidas mais prevalentes na amostra
Tabela 4	-	Frequência relativa e absoluta de medicamentos distintos por classes terapêuticas
Tabela 5	-	Medicações citadas de maior prevalência entre os participantes da pesquisa
Tabela 6	-	Frequência Relativa de medicações de maior prevalência, e da forma de obtenção da medicação, sendo essas, pelo Sistema Único de Saúde ou recursos próprios.
Tabela 7	-	Frequência absoluta e relativa de medicações distintas consumidas por dia por sujeito
Tabela 8	-	Frequência relativa Interações medicamentosas mais prevalentes 56
Tabela 9	-	Correlações entre IMC x QSAVI-AVC, IMC x nº medicamentos, nº de medicamentos x grau de interação medicamentosa e nº medicamentos x QSAVI-AVC

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AAS Ácido Acetil Salicílico

AINE Anti-inflamatório Não Esteroidal

AIT Ataque Isquêmico Transitório

AVC Acidente Vascular Cerebral

AVCh Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCi Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AVE Acidente Vascular Encefálico

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM Diabetes Mellitus

FOB Faculdade de Odontologia de Bauru

GABA Ácido Gama-aminobutírico

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IECA Inibidores da Enzima Cardioversora de Angiotensina

IMC Índice de Massa Corporal

INR Razão Normalizada Internacional

IRS Inibidores de Recaptação de Serotonina

NUPEGG Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica

OMS Organização Mundial de Saúde

PA Pressão Arterial

PCR Proteína C Reativa

QSAVI-AVC Questionário auto- referido sobre condições de saúde e estilo de

SABE Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SIM Sistema de Informação de Mortalidade

SNC Sistema Nervoso Central

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	Saúde-Doença	23
2.2	Doenças Crônicas não Transmissíveis	24
2.3	Acidente Vascular Cerebral	26
2.3.1	Tipos de AVC	26
2.4	AFASIA	26
2.5	Fatores de Risco	27
2.6	Polifarmácia	30
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo Geral	33
3.2	Objetivos Específicos	33
4	METODOLOGIA	37
4.1	Aspectos Éticos	37
4.2	Amostra	37
4.3	Critérios de Inclusão:	38
4.4	Critérios de Exclusão	38
4.5	Instrumentos	38
4.5.1	QSAVI-AVC (Questionário auto- referido sobre condições de saúde e	
	estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais) 39
4.5.2	Identificação de Doenças Crônicas Autorreferidas	41
4.5.3	Identificação dos fármacos utilizados	41
4.5.4	Análise da presença da polifarmácia e interações medicamentosas	41
4.6	Análise dos Dados	42

5	RESULTADOS	45
5.1	Descrição da Amostra	45
5.2	QSAVI-AVC (Questionário Auto-Referido Sobre Condições de Saúde e	
	Estilo de Vida para Desenvolvimento de Acidentes Vasculares	
	Cerebrais)	46
5.3	Doenças Crônicas não Transmissíveis Autorreferidas	49
5.4	Medicamentos e Polifarmácia	50
5.5	Interações Medicamentosas	53
5.6	Relações	55
6	DISCUSSÃO	59
6.1	Classes Terapêuticas dos Medicamentos	70
6.1.1	Antiagregantes plaquetários e anticoagulantes	70
6.1.2	Estatinas	72
6.1.3	Anti-hipertensivos	72
6.1.4	Diuréticos	73
6.1.5	Protetor gástrico	74
6.1.6	Anti-hiperglicemiante	74
6.1.7	Antidepressivos	75
6.1.8	Anticonvulsivantes	75
6.2	Interações Presentes na Amostra	76
7	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXOS	101



1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Acidente Vascular Encefálico (AVE) como desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou que conduzem a morte, sem outra causa aparente que de origem vascular (WHO, 2006). O AVE destaca-se como segunda causa de morte no mundo, estima-se que, uma em cada seis pessoas sofrerá um AVE, totalizando aproximadamente 15 milhões de pessoas acometidas por ano, sendo que em média seis milhões não sobrevive, e outras cinco milhões ficam permanentemente incapacitadas (WHO, 2014).

O termo acidente vascular encefálico (AVE) é mais atual e adequado pois refere-se as estruturas cerebrais e tronco encefálico. No entanto, o termo acidente vascular cerebral é mais usual em campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde e portanto, popularmente mais difundido (BRASIL, 2015). Desta forma, o termo acidente vascular cerebral será adotado neste estudo.

No Brasil, é a principal causa de morte (BRASIL, 2018), com maior prevalência de ocorrência em adultos de meia idade e idosos. Ocorre muitas vezes devido ao descuido com a saúde e aumento dos fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, uso abusivo de álcool, diabetes mellitus, alimentação inadequada e obesidade (SCHUSTER et al., 2008; CAVALCANTE et al., 2010).

A estimativa da população residente no Brasil é de 206.081.432 (IBGE, 2016). Em 2013, a Pesquisa Nacional em Saúde, um inquérito epidemiológico de base domiciliar, com amostra representativa nacional, avaliou a prevalência de AVC no Brasil com base no número absoluto estimado de pessoas com AVC e incapacidade por AVC e respectivas prevalências. Estimou-se 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave (BENSOR, 2015).

A incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos, ocupando posição de destaque entre a população idosa (RODGERS, 2004), causando alta morbidade visto que os idosos já possuem alterações decorrentes do envelhecimento (CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010).

O envelhecimento populacional, caracterizado pela transição demográfica onde há baixas taxas de fecundidade e aumento da longevidade é um fenômeno mundial, onde a modificação dos perfis demográficos tem ocorrido de forma acelerada (CAMARANO, 2002).

Entre os anos de 1950 e 2000 a proporção de idosos na população brasileira, esteve abaixo de 10,0%, semelhante a países menos desenvolvidos, a partir do ano de 2010, o indicador brasileiro aproximou-se a proporções projetadas para países desenvolvidos. Estima-se que em 2070, a proporção da população idosa brasileira será acima de 35,0%, sendo superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos (WHO, 2015).

A rápida transição demográfica com aumento da demanda da população idosa, tem ocasionado amplas discussões no meio científico, em relação à presença das desigualdades que enfrentam a população brasileira, desencadeando implicações clínicas, sociais e da perspectiva de saúde pública (VERAS, 2009). Em 1930 as doenças infecciosas eram responsáveis por 46% do total de óbitos e em 2009 passaram responder por apenas 5%, tornando evidente essa transição epidemiológica no Brasil (DALTIN, 2016).

O efeito desta transição repercute sobre alterações no modelo de morbimortalidade, regredindo as taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas e elevação de mortes relacionadas a doenças crônicas, caracterizando uma transição epidemiológica (BARROS, et al., 2011).

O país passou a ter elevação dos gastos com internações, tratamento e reabilitação de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias. Aumento de consultas ambulatoriais de idosos com problemas de como quedas, demências, iatrogenia e múltiplas doenças crônicas (CHAIMOWICZ, et al., 2009).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estão em destaque: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, demências, doenças neurodegenerativas, redução da acuidade visual cegueira e depressão (OPAS, 2005).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 sugerem que cerca de 60 milhões de brasileiros tem pelo menos uma DCNT e em sua grande maioria fazem uso crônico de medicamentos para manter controlada suas doenças (IBGE, 2014).

Ao que tange o uso de medicamentos, idosos constituem 50% dos usuários, e é comum encontrar em suas prescrições, doses e indicações inadequadas, importantes interações medicamentosas, associações, uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica e fármacos sem valor terapêutico, podendo gerar reações adversas aos medicamentos, em alguns casos graves e fatais (FREITAS, OLIVEIRA, PERINI, 2006).

A Organização Mundial de Saúde considera que mais da metade dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada, e que metade dos pacientes utilizam medicamentos de forma errônea. Vale ressaltar que as formas mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionadas às pessoas que utilizam polifarmácia, uso inapropriado de antibiótico, automedicação e prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (OMS, 2006).

A polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos concomitantes, aumentou de modo importante nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea (SECOLI, 2010), favorece desdobramentos adversos, sejam eles neutros, benéficos ou maléficos ao indivíduo e ao tratamento da doença, em alguns casos, gerando sintomatologias que possam vir confundir o diagnóstico terapêutico, exigindo maior demanda dos sistemas de saúde. (ROZENFELD, 2003).

Diante do exposto, por meio deste estudo busca-se verificar a relação entre estilo de vida, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, uso de medicamentos e interações medicamentosas em pacientes pós acidente vascular cerebral.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Real ou imaginária, a doença, antigo acompanhante da espécie humana que desde muito se empenha em enfrentar essa ameaça. Nos primórdios, em diversas civilizações, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, a enfermidade proclamava o pecado. Essa visão mágico-religiosa é descaracterizada através de uma visão contrária, mais racional da medicina, por meio de Hipócrates (SCILIAR, 2007).

Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da Medicina Ocidental, sustentava que as enfermidades não eram causas as por entidades místicas, deuses ou demônios, mas que resultavam de fatores naturais ligados ao modo de vida. As pessoas adoeciam por conta do trabalho que exerciam, do local onde viviam, do alimento ou da água que ingeriam, evidenciando que a saúde é a expressão do cotidiano de sua existência (DANTAS, 2009). Sendo assim, o contexto de saúde é influenciável e não estático.

O processo de desenvolvimento e cuidado com a saúde e melhora da qualidade de vida ocorre desde o século XVIII onde estudiosos da época relatavam as péssimas condições de saúde que ocorriam com más condições de higiene, saneamento básico e condições de trabalho. Questões como o baixo grau de escolaridade do sujeito, fatores predisponentes de baixa renda, falta de condições básicas de moradia refletem nas péssimas condições de saúde e na manutenção da qualidade de vida desses indivíduos (BUSS, 2000).

O processo de industrialização e urbanização que ocorre desde o século XIX vem provocado importantes impactos no estilo de vida das pessoas, com repercussões que distanciam o homem da sua relação com a natureza, incluindo a forma como este dela se apropria e hábitos sedentários em busca de conforto e praticidade. Essa condição favorecem o aparecimento de diversas patologias em decorrência do estilo de vida sedentário ocasionado pela queda das exigências das tarefas cotidianas (MOSER, 2006).

No Canadá em 1981, durante a Primeira Conferência Nacional de Saúde, introduziu-se a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde pois moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida depende da classe social. Uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades, estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais (BRASIL, 2002).

Uma grande parte do estilo de vida é estabelecida antes da vida adulta, podendo influenciar na ocorrência de agravos à saúde. Existem fatores do estilo de vida que podem influenciar de forma negativa a saúde, e sobre os quais se pode ter controle, chamados de fatores negativos modificáveis como fatores comportamentais que se referem ao uso de tabaco e álcool, dieta desequilibrada, estresse e sedentarismo. Da mesma forma que antagonicamente, a manutenção de hábitos de vida saudáveis como alimentação equilibrada, realização de atividades físicas e comportamento preventivo, influenciam de forma positiva. (NUMATA FILHO, 2016).

A implementação de ações de políticas públicas e educação em saúde, a fim de incentivar alterações comportamentais que levam aos fatores de risco coletivos e individuais modificáveis, de modo a prevenir e/ou prorrogar o aparecimento de diversas doenças crônicas.

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No Brasil, a reestruturação demográfica e epidemiológica vem desenhando um novo cenário para a ação do Sistema Único de Saúde (SUS). O envelhecimento populacional resultante do declínio da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida reflete no perfil de doenças e causa mortis da população, sendo este de maior ocorrência relacionados à problemas circulatórios, respiratórios e neoplasias, principalmente nas faixas etárias mais avançadas (MARINHO, 2016).

As DCNT caracterizam-se por uma etiologia múltipla, diversos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa. As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares; diabetes; câncer; e

doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum, modificáveis, resultando na possibilidade de se ter uma abordagem comum na sua prevenção (MARINHO, 2016).

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT classificam-se como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão, consumo abusivo de álcool, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade. Ao que tange os fatores não modificáveis, destacam-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT, hereditariedade, sexo e raça. (CASADO, 2009).

As DCNT representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. Estima-se que cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda e o aumento crescente das DCNT afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais (WHO, 2011).

Além disso, a maior incidência de DCNT, reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da urbanização rápida, constante degradação do meio ambiente, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool. Esses fatores de risco comportamentais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, possíveis de resultar em diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, entre outras enfermidades (WHO, 2011).

As DCNT concentram 72% do total de óbitos no Brasil. Entre as DCNT, 5% dos óbitos são causados por diabetes mellitus, 6% por doenças respiratórias, 16% por neoplasias e 31% dos são causados por AVC e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2011).

2.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC atinge 16 milhões de pessoas a cada ano, destas, 6 milhões vão a óbito, tornando-se a principal causa de morte no mundo. O Brasil é o país da América Latina que apresenta as maiores taxas de mortalidade por esta doença (GARRITANO et al., 2012; LOTUFO, 2005). De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, a região com maiores casos de óbitos foi a sudeste, com 43,497 mil casos. A região sul apresentou 16,683 mil, sendo que dos três estados da região, Santa Catarina apresentou 2,756 mil casos de óbitos em 2013 (BRASIL, DATASUS, 2013). A maioria dos sobreviventes necessitam de reabilitação para as sequelas neurológicas, aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessitam de auxílio para caminhar (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.3.1 Tipos de AVC

Os tipos de AVC subdividem-se em dois, sendo o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) e o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh).

O AVCi ocorre quando há obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em uma artéria no encéfalo ocasionando falta de circulação na região ou território vascular acometido (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2016).

O AVCh dá-se pela ruptura de um vaso sanguíneo causando extravasamento de sangue para o interior do cérebro e tronco encefálico (hemorragia intraparenquimatosa), ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóidea) (PONTES-NETO et al., 2009).

2.4 AFASIA

Dependendo da localização e gravidade da lesão cerebral, o AVC pode trazer prejuízos temporários ou irreversíveis, afetando aspecto motor, cognitivo, comportamental e o emocional do indivíduo acometido por esta doença (GIRARDON-PERLINI, 2007). A afasia caracteriza-se por prejuízo cerebral afetando as áreas responsáveis pela linguagem, incluindo a sua produção, a sua compreensão, além de

outras habilidades, como a leitura e a escrita. Mais de 20% das pessoas que sofrem um AVC desenvolvem alguma forma de afasia (VEGA, 2009). Os comprometimentos de linguagem variam à medida que o indivíduo com afasia é atingido no seu todo e se vê impossibilitado de se comunicar de forma adequada com os que o cercam. As alterações mais frequentes de comunicação nos indivíduos com afasia são: anomia, estereotipias, jargão, agramatismo, parafasias (fonética, fonêmica, semântica e nominal), (JAKUBOVICZ, 2005 e ORTIZ, 2005) além do neologismo, (ORTIZ, 2005) ecolalia, mutismo, bradilalia e logorreia (OLIVEIRA, 2008). Nota-se um equívoco de que a plasticidade neural seria uma propriedade exclusiva dos cérebros jovens. A reorganização neural é uma propriedade do SNC que está presente no curso de vida (LENT, 2001).

2.5 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para o AVC, assim como para DCNT são classificados como não modificáveis e modificáveis. Como não modificáveis encontramos novamente fatores como idade, sexo, raça, história familiar e AVC prévio. Já os modificáveis, como principal fator encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de hiperlipidemias, tabagismo, alcoolismo, estenose carotídea assintomática, AIT, fibrilação atrial, valvopatias, insuficiência cardíaca congestiva e outros fatores como inatividade física, obesidade, síndrome metabólica, doenças cardíacas variadas e diabetes mellitus (DM). O uso de contraceptivo oral também tem sido associado aos fatores de risco para AVC (PIRES, GAGLIARDI e GOEZONI 2004).

O envelhecimento populacional teve grande impacto na incidência do AVC. O avanço da idade é considerado o maior fator de risco independente e não modificável, duplicando a probabilidade de ser acometido a cada década de vida após os 55 anos de idade (OVBIAGELE et al, 2013).

Famílias com histórico de doenças cardiovasculares apresentam maior propensão de desenvolverem doenças desse grupo. Estudos indicaram que indivíduos da mesma família têm mais chances de compartilhar os mesmos ambientes e hábitos, principalmente os relacionados à atividade física, alimentação e tabagismo (PONTES; AMORIM; LIRA, 2013).

Além disso, relação com herança genética pode aumentar a probabilidade de fatores de risco como HAS, DM e dislipidemia, que explica o aumento da ocorrência deste tipo de acometimento em indivíduos da mesma família (WAKIL et al., 2014).

Ter um acidente vascular cerebral prévio aumenta o risco de sofrer um acidente vascular cerebral futuro e mortalidade e incapacidade concomitante. Após um AVC, o risco estimado de um evento recorrente é de 13% a 16% no primeiro ano e 4% a cada ano subsequente. Isso resulta em um risco elevado de 30% em 5 anos (BURN et al., 1994) e 43% em 10 anos (HARDIE et al., 2004). Fatores de risco modificáveis para AVC recorrente e doença cardiovascular são comuns em pessoas com AVC e muitas vezes são negligenciados, aumentando o risco de mortalidade incapacidade. Modificar o estilo de vida deve ser uma prioridade após AVC. Dieta equilibrada, atividade física, parar de fumar e reduzir o consumo de álcool são comportamentos específicos de saúde que devem ser monitorados devido aos seus efeitos sobre múltiplos fatores de risco cardiovascular (BAILEY, 2018).

Realizado levantamento em 22 países demonstrou que 10 fatores de risco modificáveis são responsáveis por 90% dos casos de AVC, sendo HAS, uso de tabaco, ingestão de álcool, excesso de peso, dieta não saudável, sedentarismo, DM, estresse, doenças cardíacas e dislipidemia (O'DONNELL et al., 2010).

A doença cerebrovascular tem a hipertensão como principal fator de risco, não somente nos casos de hemorragia parenquimatosa, mas também para os eventos isquêmicos cerebrais. Por essa razão, a identificação, o tratamento e o controle da hipertensão arterial devem ser considerados determinantes principais para a redução da mortalidade: primeiro, por diminuir a incidência da doença; segundo, por alterar a história natural da doença, reduzindo a letalidade. (LOTUFO et al., 2017). A cada dez pessoas que foram a óbito pelo AVC, quatro poderiam ter sido evitadas se a PA estivesse controlada (MAKAY et al., 2004).

Segundo a American Diabetes Association (2001), o comprometimento ateroesclerótico das artérias cerebrais é comum nos pacientes DM do tipo 2 e constitui a principal causa de morte destes pacientes. Portadores de DM tipo 2 têm propensão quatro vezes maior de serem acometidos por AVC (SCHEFFEL, 2004).

Dislipidemias elevam em 2 a 3 vezes o risco para o desenvolvimento do AVC, sendo as principais relacionadas aos eventos vasculares cerebrais com aumento do colesterol-LDL e a presença de níveis baixos de colesterol-HDL. O valor desejável de LDL é bastante influenciado for fatores de risco como HAS, tabagismo, DM e histórico familiar de AVC (NADRUZ JUNIOR, 2009).

A alta ingestão de álcool é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, em especial o AVC hemorrágico, quanto ao consumo moderado, pode reduzir o risco de AVCi, por aumentar o LDL, já o consumo excessivo aumenta o risco por estar associado a miocardiopatia e arritmias e alteração de estados de hipercoagulabilidade (HAES et al., 2010).

O tabagismo é maior causa de mortalidade e morbidade precoce, em geral, a mortalidade é o dobro em fumantes quando comparados aos não fumantes. O cigarro é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares, como o AVC, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso está associado a níveis elevados de colesterol, reatividade vasomotora coronariana, agregação plaquetária e estado pró-trombótico e fatores inflamatórios (NUNES, CASTRO, NUNES, 2011).

Definida como índice de massa corporal (IMC) \geq 30 kg/m2 , a obesidade vem se tornando um problema alarmante nas últimas décadas, com mais de 40% da população da Europa e América do Norte com índice de massa corporal com índices de sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m2), gerando aumento de comorbidades como HAS, DM e doenças cardiovasculares (FARIA et al., 2010).

Estudo evidenciam que a inatividade física, favorecido pelo estilo de vida atual, é um fator de risco diretamente relacionado a obesidade e aumento da incidência do diabetes tipo 2 em adultos, independentemente do IMC ou história familiar de diabetes, sendo agravante do estado geral de saúde, predispondo a riscos cardiovasculares (AUTENRIETH et al., 2013)

Desta forma, o controle de DCNT, que são apontadas como fatores modificáveis para o AVC, devem ser orientados e incentivados, com atenção especial a adesão ao tratamento medicamentoso proposto ao paciente.

Embora o gerenciamento de fatores de risco por meio de intervenção farmacológica seja frequentemente necessário, a polifarmácia pode resultar em uma

alta carga de tratamento para pessoas com acidente vascular encefálico (GALIACHER et al., 2014).

2.6 POLIFARMÁCIA

Medicamentos salvam vidas, melhoram a saúde das pessoas. Previnem, curam ou controlam doenças, reduzindo a morbimortalidade associada a doenças agudas e crônicas.

O contexto de transformação epidemiológica e demográfica, ou seja, o envelhecimento populacional tem levado a tratamentos farmacológicos de longa duração, já que esta população apresenta maior prevalência de doenças crônicas, ocasionando maior uso de medicamentos e maior ocorrência de polifarmácia, uso de múltiplos medicamentos simultaneamente (VERAS, 2009).

DCNT relacionadas com a idade, como dislipidemia, hipertensão, diabetes, depressão, geralmente requerem o uso de múltiplas drogas, uma condição conhecida como polifarmácia. Isto refere à utilização de vários medicamentos e/ou mais medicamentos do que os clinicamente indicados. Estima-se que mais de 40% dos adultos com 65 anos ou mais usam 5 ou mais medicamentos, e 12% usam 10 ou mais medicamentos diferentes (GURWITZ et al., 2003).

O elevado número de fármacos prescritos e a maior carga de doenças aumentam também a probabilidade de consumo desnecessário de medicamentos, cujas combinações farmacológicas apresentam reações adversas e interações medicamentosas potencialmente perigosas, podendo elevar o risco de iatrogenia, hospitalizações e até mesmo de óbito (GORARD, 2006).

O medicamento traz intrinsecamente um valor simbólico, que expressa o desejo de modificar o curso natural da doença. Dentro desse cenário, a automedicação se estabelece na tentativa de amenizar agravos em saúde, gerando irracionalidades no consumo. Estima-se que cerca de 50% dos medicamentos vendidos, prescritos ou dispensados são inadequadamente consumidos (PFAFFENBACH, 2010).



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a relação entre estilo de vida, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos pós AVC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os aspectos socioeconômicos;
- Descrever hábitos de vida;
- Identificar a prevalência das DCNT autorreferidas;
- Verificar presença de polifarmácia, descrevendo o número de medicamentos que cada sujeito utiliza;
- Determinar a correlação entre: hábitos de vida, IMC, DCNT autorreferidas, número de medicamentos utilizados e interações medicamentosas.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, para apreciação, e obteve aprovação sob o parecer 2.505.519 com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 77278117.0.0000.5417 (ANEXO 1).

Ressalta-se que foram cumpridos todos os quesitos que versa a Resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Este trabalho é parte integrante do projeto "Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional". O projeto foi viabilizado pelo auxílio regular processo número 2015/16862-7 aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

4.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por 31 indivíduos que concordaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 2 e 3). A coleta de dados foi realizada entre março e outubro de 2018, foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes em atendimento na disciplina de Clínica de Linguagem Adulto e participantes do projeto "Casa da Afasia". Destes, 18 sujeitos realizam atendimento fonoaudiológico em terapia convencional pelo período de 12 meses, ligados à disciplina de Clínica de Linguagem Adulto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Outros 13 indivíduos, eram participantes no programa de terapia fonoaudiológica intensiva vinculado ao projeto "Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional", submetidos a terapia intensiva durante cinco semanas,

divididos em quatro grupos, compostos por quatro sujeitos no primeiro módulo, e três sujeitos nos três módulos restantes, avaliados em épocas distintas entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Sujeitos que concordaram em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido:
- Indivíduos com idade superior a 18 anos;
- Diagnóstico Médico de AVC;
- sujeitos com alteração de linguagem em decorrência de Acidente Vascular
 Cerebral atendidos na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia
 de Bauru da Universidade de São Paulo, na disciplina de Linguagem Adulto;
- Participantes em terapia fonoaudiológica intensiva no projeto "Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde atuações de um grupo multiprofissional" que incluí:
 - Diagnóstico médico de AVC isquêmico;
 - o Pacientes que não foram submetidos a procedimento de trombólise;
 - o Tempo de lesão entre 0 e 12 meses.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

 Pacientes com alteração de linguagem em decorrência de doenças neurodegenerativas ou lesões traumáticas;

4.5 INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, por meio de entrevista individual, com preenchimento dos instrumentos pelos mesmo, durante a

rotina de atendimento de terapia na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB-USP, com o paciente na presença do principal familiar/cuidador, ou seja, aquele que é responsável por auxiliar o indivíduo na maioria das atividades de vida diária (AVD), a partir de 3 instrumentos com tempo médio de aplicação de 20 minutos.

Dois dias antes da coleta de dados era solicitado ao paciente e familiar que trouxesse no próximo atendimento fonoaudiológico as caixas/embalagens das medicações que estavam fazendo uso e a receita médica mais atual.

A Clínica de Fonoaudiologia é destinada ao atendimento de pacientes pelos alunos de graduação e pós-graduação do Departamento de Fonoaudiologia – USP Bauru, onde realizam as atividades práticas, atendendo a população da cidade de Bauru e região na área dos Distúrbios da Comunicação Humana.

Inédito no Brasil, a Casa da Afasia é um projeto financiado pela FAPESP em parceria com a FOB- USP, desenvolvido no Departamento de Fonoaudiologia com o objetivo de oferecer terapia fonoaudiológica intensiva a pessoas com distúrbios de linguagem após um AVC. Situa-se ao lado da Clínica de Fonoaudiologia da FOB – USP, no espaço construído em contêiner, são simulados alguns cômodos como: quarto, cozinha, sala e escritório, onde são realizadas as sessões de terapia fonoaudiológica intensiva, a fim de inserir o paciente em um ambiente similar ao que realiza atividades diárias, aproximando-o a sua rotina diária.

4.5.1 QSAVI-AVC (Questionário auto- referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais).

Após assinatura do TCLE pelo paciente ou pelo responsável no caso de pacientes com impossibilidade de assinatura por plegia em membros superiores, a primeira etapa foi constituída pela aplicação do instrumento denominado QSAVI-AVC - Questionário auto- referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (BASSI, 2015)(Anexo 4), composto por uma breve anamnese geral com questões referentes aos dados sociais como: naturalidade, procedência, peso, altura, estado civil, renda da família, ocupação, escolaridade própria, do pai e da mãe. Questões relacionadas aos fatores

e condições de vida predisponentes ao AVC (questões 1 a 27) tais como sedentarismo, nervosismo, formigamentos, taquicardia, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos e vasculares, cefaleia, dislipidemia, uso de álcool e tabaco, consumo excessivo de sal, consumo de proteína animal, uso de medicamentos, histórico familiar, consumo de carboidratos, frituras e açúcar. E sobre os fatores e condições adequadas de vida (questões 28 a 43) como realização de dieta balanceada, consumo de legumes, verduras, frutas, carnes brancas, água e sucos, realização de atividade física, esporte, acompanhamento médico, hábitos alimentares e de vida saudáveis (BASSI, 2015). As opções das questões 1 a 43 foram baseadas na Escala Likert com possibilidades de respostas em escala numérica, (0) nada, (1) muito pouco, (2) médio, (3) muito, (4) extremamente (BOZAL, 2006).

Conforme orientação da autora, questões específicas que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de AVC, tem peso dobrado de acordo com a resposta do participante, sendo considerada no momento de transcrição para planilha do Excel®. As questões com valor dobrado são: presença de sobrepeso, diabetes, hipertensão, doenças circulatórias, doenças cardíacas, episódio de suspeita de início de AVC, consumo de bebida, ser tabagista, consumo de tabaco e álcool concomitantemente e histórico familial de AVC (BASSI, AKZ, 2015).

Da mesma maneira, as questões de 28 a 43 que tratam de hábitos saudáveis, ao serem transcritas para planilha do Excel® para que as análises estatísticas, tiveram seus valores invertidos, seguindo as orientações da autora, de forma que o participante que respondeu pratica atividade física várias vezes durante a semana (extremamente=4), em um primeiro momento ele obteria pontuação máxima, 4 pontos. Entretanto, no momento da transcrição considerou o valor 0 (zero). Desta maneira, as questões de 28 a 43 tiveram modificação de seus valores, ou seja, ao 0 (zero) foi atribuído 4 (quatro), 1 (um) foi atribuído do valor 3, o ponto 2 (dois) permaneceria com o mesmo valor, 3 (três) obteria ponto 1 e, por fim, o 4 (quatro) teria o valor 0. (0-4, 1-3, 2-2, 3-1, 4-0) (BASSI, 2015).

Desta maneira, quanto maior a pontuação, maiores seriam as chances de se desenvolver o AVC. Sujeitos que apresentam escore maior ou igual a 68 apresentam risco de desenvolver um novo episódio de AVC (BASSI, 2015).

4.5.2 Identificação de Doenças Crônicas Autorreferidas

Instrumento elaborado pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo em 2006, para identificar morbidades crônicas ou problemas de saúde autorreferidos e número de medicamentos que são consumidos pelo idoso no dia-a-dia indicados pelo médico (RODRIGUES et al., 2008).

As patologias descritas são: anemia, ansiedade/transtorno do pânico, artrites, asma ou bronquite, audição prejudicada, câncer, enfisema/doença bronco-pulmonar, diabetes mellitus, depressão, derrame, doença cardíaca, doença gastrointestinal alta (ulcera, hérnia, refluxo), doença vascular periférica (varizes), doença neurológica (Parkinson / Esclerose), hipertensão arterial, incontinência urinaria e/ou fecal, obesidade, osteoporose, prisão no ventre, problemas de coluna, visão prejudicada (catarata/glaucoma) ou outras doenças (Anexo 5).

4.5.3 Identificação dos fármacos utilizados

Nesta etapa, foi utilizada a seção E do Questionário SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, da Organização Pan-Americana de Saúde (disponível em http://www.fsp.usp.br/sabe), referente ao uso de medicamentos, responsabilidade da prescrição, frequência do uso, forma de apresentação, forma de administração, e obtenção do fármaco (Anexo 6).

4.5.4 Análise da presença da polifarmácia e interações medicamentosas

Análise de polifarmácia foi realizada por meio de informações obtidas do questionário de fármacos utilizados, e foram analisadas na base de dados virtual *Drugs.com*, a fim de analisar a interação medicamentosa entre em as medicações de uso dos sujeitos, com base em todos os medicamentos citados, inclusive itens citados de responsabilidade do próprio sujeito (automedicação), classificando-as quanto à potencialidade de interação: interação grave, moderada, leve e sem interação. Foi seguida classificação com base em estudos científicos que consideram polifarmácia

como consumo de ao menos cinco medicamentos concomitantemente (COELHO-FILHO, 2004; ROZENFELD, 2003).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram descritos por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), e os quantitativos por meio de média e desvio padrão.

As correlações entre as variáveis serão avaliadas pelo coeficiente de correlação de Pearson e Spearman.

Em todos os testes estatísticos será adotado nível de significância de 5% (p<0,05).

5-RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 31 sujeitos, sendo 13 indivíduos participantes do projeto de terapia intensiva fonoaudiológica "Casa da Afasia" no período de setembro de 2017 a julho de 2018, os 18 demais indivíduos, realizam atendimento fonoaudiológico na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia na disciplina de Clínica de Linguagem Adulto, entre os meses de março a novembro de 2018.

Dentre os 31 participantes, 16 (51,6%) são do gênero masculino e 15 (48,4%) são do gênero feminino. A média de idade foi de 59,7 anos, com mínima de 37 anos e máxima de 86 anos, sendo a idade média masculina de 59,1 anos e idade média feminina de 60,3 anos. Em relação a cor da pele, 28 (90,3%) indivíduos são brancos, dois (6,5%) são pardos e um (3,2) é negro.

Quanto a procedência dos sujeitos, 24 (77,4%) são residentes em Bauru, quatro (12,9%) residem cidades da Região de Bauru, dois (6,5%) são residentes no estado de São Paulo e um (3,2%) vive no Estado do Rio Grande do Norte.

Em relação ao estado civil, 20 (64,5%) dos integrantes são casados, seis (19,3%) são solteiros, três (9,7%) são viúvos e dois (6,5%) são divorciados.

Ao que tange a escolaridade, 15 (48,4%) dos participantes cursaram o Ensino Fundamental, sete (22,6%) cursaram o Ensino Médio, um (3,2%) cursou Ensino Superior Incompleto, seis (19,3%) cursaram Ensino Superior e dis (6,5%) tem Pós-Graduação.

A renda salarial familiar obtida na amostra foi de 4,2 salários mínimos, com mínima de 1 salário mínimo (22,6% da amostra) e máxima de 25,1 salários mínimos (3,2% da amostra).

Quanto ao índice de massa corporal (calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m²), foi classificada a classificação adotada pela Organização Mundial em Saúde (WHO,1995), com os seguintes valores

de referência: abaixo de 18,5 kg/m² magreza, entre 18,5 - 24,9 kg/m² peso normal, 25,0 - 29,9 kg/m² sobrepeso, 30,0 - 34,9 kg/m² obesidade grau I, 35,0 - a 39,9 kg/m² e obesidade grau II e acima de 40 kg/m² obesidade grau III. Dentre os participantes da pesquisa, a média do valor de IMC foi de 27,1 kg/m², sendo nove (29%) sujeitos com índice normal, 15 (48,4%) sujeitos com sobrepeso, cinco (16,1%) com obesidade grau I e dois (6,5%) com obesidade grau II.

5.2 QSAVI-AVC (Questionário Auto-Referido sobre Condições de Saúde e Estilo de Vida para Desenvolvimento de Acidentes Vasculares Cerebrais).

Composto por 27 questões na primeira parte do instrumento (1 a 27) e 16 na segunda (28 a 43), os valores máximos (piores resultados) e mínimos (melhores resultados) obtidos poderiam variar de 0 a 104 (0-104) e 0 a 64 (0-64), respectivamente. Portanto, a pontuação total poderia variar entre 0 e 168, apresentando escore de risco acima de 68 pontos (BASSI, 2015).

Na amostra, a média do escore foi de 87,4, com mínimo de 51 e máximo de 123 pontos.

Quanto as questões relacionadas aos fatores de risco, observa-se na tabela a seguir, a frequência relativa das respostas. As questões destacadas em negrito referem-se aos valores dobrados na transcrição, por serem fatores de risco mais associados ao AVC, já valores relativos destacados em negrito referem-se aos de maior prevalência das respostas.

Tabela 1 - Valor relativo das respostas das questões relacionadas aos fatores de risco (1 -27) QSAVI-AVC

Questões	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Extremamente
Se considera sedentário	29,0%	16,1%	22,6%	22,6%	9,70%
Considera o trabalho estresse	22,6%	25,8%	19,4%	29,0%	3,20%
Carga horária de trabalho excessiva	22,6%	19,4%	19,4%	25,8%	12,9%
Tem sobrepeso	45,2%	6,50%	22,6%	19,4%	6,50%
Se sente irritado	12,9%	25,8%	12,9%	22,6%	25,8%
Sente eaquicardia	48,4%	16,1%	6,50%	22,6%	6,50%
Sente formigamentos	51,6%	9,70%	19,4%	12,9%	6,50%
Tem diabetes	64,5%	3,20%	16,1%	16,1%	0,00%
Tem hipertensão	29,0%	6,50%	22,6%	29,0%	12,9%
Tem problemas de Circulação	67,7%	0,00%	19,4%	12,9%	0,00%
Tem problemas Cardíacos	61,3%	0,00%	12,9%	25,8%	0,00%
Teve AVC	0,00%	12,9%	22,6%	64,5%	0,00%
Sente Cefaléia	35,5%	19,4%	19,4%	19,4%	6,50%
Fez/faz uso de bebidas alcoólicas	38,7%	6,50%	48,4%	3,20%	3,20%
Fez/faz uso de tabaco	51,6%	6,50%	25,8%	16,1%	0,00%
Fez/faz uso de tabaco e bebidas ao mesmo tempo	54,8%	12,9%	9,70%	12,9%	9,70%
Consome sal	12,9%	19,4%	48,4%	16,1%	3,20%
Consome refrigerante	9,70%	16,1%	25,8%	19,4%	29,0%
Consome carne vermelha	9,70%	12,9%	32,3%	29,0%	16,1%
Consome Leite e derivados	3,20%	9,70%	32,3%	45,2%	9,70%
Tem taxa de cholesterol alterada	19,4%	12,9%	38,7%	19,4%	9,70%
Usa medicamentos	22,6%	9,70%	41,9%	19,4%	6,50%
Tem Histórico familiar de doenças cardiovasculares	35,5%	3,20%	16,1%	41,9%	3,20%
Consome carboidratos	0,00%	6,50%	41,9%	41,9%	9,70%
Tem preferência por frituras	9,70%	22,6%	35,5%	29,0%	3,20%
Consome açúcar	16,1%	45,2%	25,8%	9,70%	3,20%
Consome frituras	6,50%	35,5%	41,9%	12,9%	3,20%

Na tabela dois, observamos a frequência relativa as respostas relacionadas a hábitos de vida saudáveis. Os valores relativos destacados em negrito referem-se as respostas de maior prevalência.

Tabela 2 - Valor relativo das respostas relacionadas a hábitos de vida saudáveis

Questão	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Extremamente
Conhece fatores que podem causar AVC	3,20%	45,2%	19,4%	25,8%	6,50%
Considera sua dieta adequada	12,9%	25,8%	38,7%	19,4%	3,20%
Consome legumes	3,20%	54,8%	32,3%	9,70%	0,00%
Consome carnes brancas	0,00%	48,4%	38,7%	12,9%	0,00%
Consome Verduras	9,70%	51,6%	29,0%	9,70%	0,00%
Consome Frutas	9,70%	41,9%	25,8%	22,6%	0,00%
Consome Água	16,1%	19,4%	25,8%	32,3%	6,50%
Consome sucos	3,20%	35,5%	32,3%	25,8%	3,20%
Consome mais água a refrigerantes	22,6%	32,3%	29,0%	12,9%	3,20%
Considera sua dieta saudável	3,20%	38,7%	45,2%	9,70%	3,20%
Realiza atividade física regular	64,5%	9,70%	12,9%	6,50%	6,50%
Tem condicionamento físico	58,1%	9,70%	22,6%	6,50%	3,20%
Pratica esporte	61,3%	3,20%	16,1%	16,1%	3,20%
Realiza consulta médica regular	6,50%	38,7%	45,2%	3,20%	6,50%
Considera seu bábito alimentar adequado	9,70%	22,6%	61,3%	3,20%	3,20%
Tem hábitos saudáveis	9,70%	22,6%	58,1%	6,50%	3,20%

5.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS AUTORREFERIDAS

Quanto as doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas, a média foi de 5,4 doenças por sujeito, com mínima de 2 doenças (3,2%) e máxima de 8 (19,2%) doenças.

Na tabela 3, observa-se em números absolutos e relativos a prevalência das doenças crônicas citadas pelos indivíduos participantes da pesquisa. Dentre estas, destacam-se a presença das dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, depressão e ansiedade. Das menos prevalentes, encontram-se, anemia (6,5%), artrite (12,9%), audição prejudicada (9,7%), doença gastrointestinal alta (19,4%), doença vascular periférica (19,4%), doença pulmonar obstrutiva crônica (3,2%), doenças neurológicas (6,5%), incontinência urinária (3,2%), obesidade (6,5%), constipação intestinal (6,5%), problemas na coluna (3,2%), doença neurológica (6,5%), visão prejudicada (9,7%), das doenças pré-selecionadas, câncer e asma não foi citada por nenhum participante, entretanto, as patologias como hipotireoidismo (9,7%), apneia do sono (3,2%), fibromialgia (3,2%) e infecção urinária de repetição (3,2%) foram citada como outras.

Tabela 3 - Valores absolutos e relativos por doenças autorreferidas mais prevalentes na amostra.

Doenças mais prevalentes			
Doença	N	%	
Hipercolesterolemia	24	77,4	
HAS	23	74,2	
Depressão	15	48,4	
Ansiedade	13	41,9	
Cardiopatias	11	35,5	
Diabetes	11	35,5	

5.4 MEDICAMENTOS E POLIFARMÁCIA

No total, 68 medicações distintas foram citadas pelos participantes, entre elas, antiagregante plaquetários, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e injetáveis, estabilizantes de humor, antidepressivos, anticonvulsionantes, anticoagulantes, estatinas, cardiotônicos, protetores gástricos, antiarrítmicos, diuréticos, antibióticos, antiandrógenos, vasodilatadores, repositores hormonais, bioflavonóides, laxativos e vitaminas.

A seguir, na tabela quatro, pode-se observar o número total de medicamentos citados por classe terapêutica.

Tabela 4 - Frequência relativa e absoluta de medicamentos distintos por classes terapêuticas.

Classe terapêutica	n medicamento por classe	% por classe
Anti-hipertensivo	13	19,1
Hipoglicemiante oral	09	13,2
Antidepressivo / Estabilizante de humor	08	11,8
Estatina	05	7,40
Vitaminas e bioflavonóides	05	4,40
Antiagregante plaquetário	03	4,40
Anticoagulante	03	4,40
Anticonvulsivo	03	4,40
Protetor gástrico	03	4,40
Hipoglicemiante injetável	03	4,40
Vasodilatador	02	2,90
Antibiótico	02	2,90
Laxativo	02	2,90
Analgésico	01	1,50
Antiandrógeno	01	1,50
Antiarrítmico	01	1,50
Cardiotônico	01	1,50
Diurético	01	1,50
Repositor hormonal	01	1,50
Protetor hepático	01	1,50
Total: 20	68	100

Na tabela cinco, é possível observar as medicações de maior prevalência (acima de 10%), citadas em classificação ordinal, valores absolutos e relativos.

Tabela 5 - Medicações citadas de maior prevalência entre os participantes da pesquisa.

Medicação	Posição	N	%	
AAS	1°	24	77,4	
Sinvastatina	2°	16	51,6	
Losartana Potassóodica	3°	15	48,4	
Omeprazol	4°	10	32,3	
Anlodipino	5°	07	22,6	
Fluoxetina	5°	07	22,6	
Metformina	5°	07	22,6	
Rosuvastatina	5°	07	22,6	
Escitalopram	6°	05	16,1	
Varfarina	7°	06	19,3	
Atorvastatina	8°	04	12,9	
Carvedilol	8°	04	12,9	
Bissulfato de Clopidogrel	8°	04	12,9	
Cloridrato de Enalapril	8°	04	12,9	
Fenobarbital	8°	04	12,9	
Hidroclorotiaziada	8°	04	12,9	

Observa-se na próxima tabela a prevalência em valores relativos das medicações mais citadas e forma de obtenção entre os usuários destas medicações.

Tabela 6 - Frequência Relativa de medicações de maior prevalência, e da forma de obtenção da medicação, sendo essas, pelo Sistema Único de Saúde ou recursos próprios.

	% uso na amostra	g .		
Medicação		sus	Recursos próprios	
AAS	77,4	66,6	33,4	
Sinvastatina	51,6	62,5	37,5	
Losartana Potassódica	48,4	40,0	60,0	
Omeprazol OmepOmeprazo	32,3	60,0	40,0	
Anlodipino	22,6	28,6	71,4	
Fluoxetina	22,6	42,9	57,1	
Metformina	22,6	85,7	14,3	
Rosuvastatina	22,6	0,00	100	
Escitalopram	16,1	0,00	100	
Varfarina	19,3	50,0	50,0	
Atorvastatina	12,9	0,00	100	
Carvedilol	12,9	25,0	75,0	
Bissulfato de Clopidogrel	12,9	50,0	50,0	
Maleato de Enalapril	12,9	75,0	25,0	
Fenobarbital	12,9	75,0	25,0	
Hidroclorotiaziada	12,9	50,0	50,0	

A média de medicação de uso múltiplo simultaneamente por dia, foi de 6,6 medicamentos, variando entre 0 (3,2%) e 17 medicações (3,2%).

A seguir na tabela 7, destaca-se a quantidade de medicações e a porcentagem de consumo de medicações simultaneamente na amostra

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa de medicações distintas consumidas por dia por sujeito.

Número de medio	Número de medicações distintas consumidas por dia por sujeito			
n medicamentos	n pacientes	%		
00	1	3,20		
03	1	3,20		
04	6	19,4		
05	6	19,4		
07	7	22,6		
08	2	6,50		
09	5	16,1		
11	2	6,50		
17	1	3,20		

Considerando polifarmácia como o uso de pelo menos cinco medicações distintas, observamos uma prevalência de 74,2% (23) nos participantes, que fazem uso de polifarmácia.

5.5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Para obtenção da presença e nível de interação medicamentosa, sendo 0= sem interação, 1=interação leve, 2 = interação moderada e 3= interação alta, foram cruzadas todas as medicações citadas, sujeito a sujeito, na plataforma *Drugs.com*.

A seguir, no gráfico um, observa-se a porcentagem do grau máximo de interações medicamentosas de cada sujeitos, divididas em quatro categorias: sem interação, leve, moderada e alta.

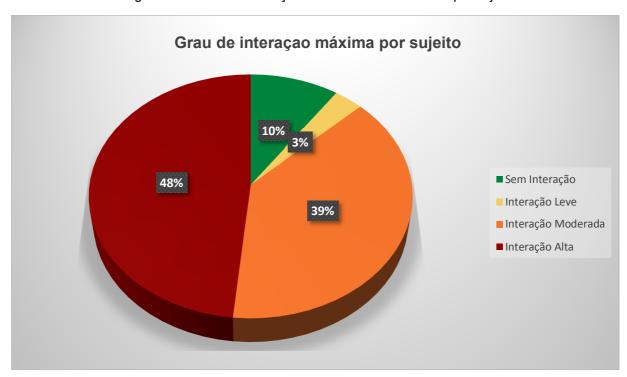


Gráfico 1 - Porcentagem dos níveis de interação medicamentosa máxima por sujeitos.

Após cruzar as 68 medicações citadas, sujeito a sujeito, surgiram 307 interações, classificadas como leve (57), moderada (221) e alta (29), sendo possível observamos a distribuição em porcentagem.

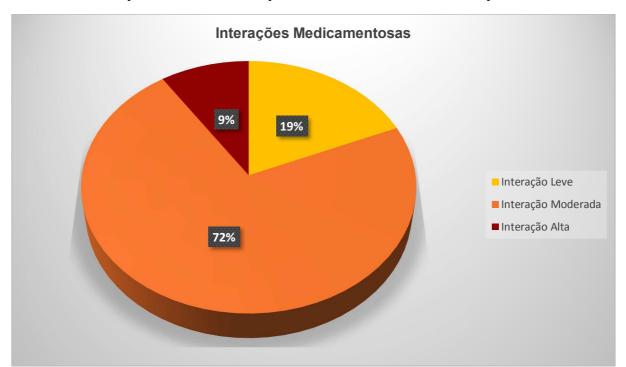


Gráfico 2 - Distribuição dos níveis de interação medicamentosa entre as medicações citadas.

Podemos observar na tabela oito, em valores relativos, a interações medicamentosas mais prevalentes por grau (acima de 10%).

Tabela 8 - Frequência relativa Interações medicamentosas mais prevalentes.

Nível Interação	Medicação	%	
	AAS x Losartana	35,5	
	AAS x Omperazol	32,3	
	Omperazol x Sinvastatina	22,6	
Interação Leve	AAS x Carvedilol	12,9	
	AAS x Anlodipino	19,4	
	Sinvastatina x Varfarina	16,1	
	Losartana x Dieta rica Potássio	48,4	
	Varfarina x Dieta vit. K	25,8	
	Fluoxetina x álcool	22,6	
Interação moderada	AAS x Fluoxetina	19,4	
	Escitalopram x álcool	16,1	
	AAS x Escitalopram	12,9	
Interação alta	AAS x Varfarina	12,9	

5.6 RELAÇÕES

Por meio do teste t de Student foram comparadas todas as DCNT (pacientes que tinham a doença x pacientes que não tinham a doença) quanto a pontuação obtida no QSAVI-AVC. Não houve nenhuma relação estatisticamente significativa da presença da DCNT com os valores do QSAVI-AVC.

Por fim, foi verificada a correlação, por meio do coeficiente de correlação de Sperman entre as seguintes variáveis: IMC x QSAVI-AVC, IMC x número de medicamentos, número de medicamentos x Grau de interação medicamentosa, número de medicamentos x QSAVI-AVC e DCNT x número de medicamentos (tabela nove).

Tabela 9 - Correlações entre IMC x QSAVI-AVC, IMC x nº medicamentos, nº de medicamentos x grau de interação medicamentosa e nº medicamentos x QSAVI-AVC

Correlação	R	p.
IMC x QSAVI-AVC	0,51	0,003*
IMC x Nº Medicamentos	0,43	0,017*
Nº Medicamentos x Grau de interação medicamentosa	0,51	0,003*
Nº medicamentos x QSAVI-AVC	0,28	0,126 <i>ns</i>
DCNT x Nº medicamentos	0,66	<0,001*

^{* -} correlação estatisticamente significativa (p<0,05)



6 DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico na saúde no Brasil se apresenta marcado pelo aumento da mortalidade por doenças cerebrovasculares e doença isquêmica cardíacas, mas também pelo crescente número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas, onde a morbimortalidade decorrente de doenças do aparelho circulatório adquire relevância no país (CARVALHO, et. al, 1998).

A segunda maior causa de mortalidade no mundo é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos. Com incidência maior após os 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos de idade (OVBIAGELE et al, 2013). No Brasil, o AVC é destacado como a principal causa de mortalidade (BRASIL, 2018).

Neste estudo foi observada predominância da população idosa (51,6%) na amostra, considerando o parâmetro estabelecido pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que classifica como idoso o indivíduo com idade a partir de 60 anos, mas com incidência significativa em adultos, sendo 48,4% da população estudada, menor de 60 anos.

Um estudo realizado no Nordeste do Brasil com 77 pacientes em processo de reabilitação pós AVC, maiores de 18 anos e sem déficit cognitivo, expõem que: 51,9% da amostra eram do gênero masculino, a média da idade entre os participantes foi de 57,3 anos, quanto ao estado civil, 48,1% eram casados, 50,7% cursaram o ensino fundamental e 54,4% eram de baixa renda (CANUTO et. al, 2016). Os dados corroboram com os resultados desta pesquisa, já que 51,6% da amostra são do gênero masculino, média de idade foi de 59,7 anos, 64,5% dos participantes são casados, 48,4% dos participantes cursaram o ensino fundamental e a média salarial familiar obtida na amostra foi de 4,2 salários mínimos.

Dos casos investigados nesta pesquisa, 96,8% tratam-se de indivíduos acometidos por AVC isquêmico. Classificado em dois grandes grupos, isquêmico e hemorrágico, o AVC apresenta cerca de 90% prevalências em casos de AVC isquêmico, caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma determinada área do encéfalo, podendo acarretar distúrbios de linguagem, perda do equilíbrio ou

coordenação, distúrbios visuais, e incontinência urinária e/ou fecal (ROLIM, MARTINS, 2011).

Definidas como morbidades de longo curso clínico, as DCNT são irreversíveis e estão comumente associadas à fragilidade orgânica natural dos indivíduos, com acometimento maior em idosos. O Ministério da Saúde aponta que entre as DCNT mais prevalentes encontram-se as doenças circulatórias, endócrinas, respiratórias e câncer. De caráter multifatorial, essas doenças estão atreladas a desigualdade social, diferenças no acesso aos bens e serviços, desigualdade no acesso as informações de saúde, baixa escolaridade, e os fatores de riscos ambientais modificáveis como: tabagismo, uso abusivo de álcool, falta de exercícios físicos, alimentação desequilibrada e obesidade. Assim, as DCNT constituem para o Brasil o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas das mortes. (TAMBARA et al, 2015; BRASIL, 2011).

Apesar de não poder afirmar que as condições de vida e saúde autorreferidas são fiéis às condições reais, essa metodologia de levantamento de informações é bastante utilizada em estudos e inquéritos epidemiológicos nacionais e internacionais (RODRIGUES et al., 2008; PIMENTA et al., 2015).

Realizado em 2016 um estudo com 536 pacientes atendidos por Unidades Básicas da cidade de Bauru, a fim de traçar o perfil epidemiológico dos fatores de risco para o AVC, 536 pacientes maiores de 40 anos foram investigados. Segundo FRANCO (2016), a média de idade foi de 57,5 anos, quanto a escolaridade, 69,8% dos sujeitos cursaram o ensino fundamental completo, quanto ao IMC, 59,9% apresentavam índice de massa corporal com valores relativos à sobrepeso e obesidade. Das doenças crônicas não transmissíveis que são relacionadas à fatores de risco modificáveis ao AVC, 56,2% apresentavam HAS, 27,8% apresentaram alterações relacionadas a dislipidemias, e em relação a alterações endócrinas, 24,6% apresentavam DM. Neste estudo, a média de idade foi de 59,7 anos, 48,4% cursaram ensino fundamental, 71% apresentam IMC relativos a sobrepeso e obesidade, vale ressaltar que este valor faz referência ao cálculo por meio da divisão do peso (em quilos) pela altura (em metros) elevada ao quadrado, visto que quando os sujeitos foram questionados no QSAVI-AVC sobre sua percepção de estar acima do peso, 45,2% referiram não estar "nada acima do peso", 6,5% referiram estar "muito pouco

acida do peso", 22,6% percebem-se "médio acima do peso", 19,4% referiram estar "muito acima do peso" e 6,5% tem percepção de estarem "extremamente acima do peso". Dados divergem em relação às DCNT, sendo que 77,4% apresentam alterações relacionadas as dislipidemias, 74,2% HAS, e 35,5% DM.

Ainda sobre fatores de risco relacionados ao AVC, um estudo retrospectivo com dados coletados em prontuários realizado em Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul com 178 pacientes, observou a prevalência de sedentarismo em 95,8% histórico familiar de doenças cardiovasculares em 71,7%,HAS (86,7%), dislipidemias (79,7%), cardiopatias (72,6%), diabetes mellitus (55,1%), tabagismo (51,4%) seguido da obesidade (29,5%) do etilismo (ROSA, DE MORAES, TREVISAN, 2015). No presente estudo, 71% dos entrevistados referiram algum grau de sedentarismo sendo 16,1% muito pouco, 22,6% médio, 22,6% muito e 9,7% extremamente sedentário. Em relação ao histórico familiar, 64,4% dos sujeitos referiram casos de doenças cardiovasculares na família, sendo: 3,2% muito pouco, 16,1% médio, 41,9% muito e 3,2% extremamente. Quanto a dislipidemias, observa-se a frequência de 77,4% dos sujeitos, seguido pela HAS (74,2%), 35,5% referiram DM e cardiopatias. Em relação ao hábito do tabagismo, 48,4% referiram ter feito uso de tabaco em algum momento da vida, 6,5% referiram consumo como muito pouco, 25,8% médio e 16,1% médio. Quanto ao consumo de bebidas alcóolicas, 61,3% referiram alguma forma de consumo, sendo 6,5% muito pouco, 48,4% médio, 3,2% muito e 3,2% para extremamente. Como dito anteriormente, quanto ao excesso de peso e obesidade mensurados por meio do cálculo do IMC, constatou-se que 71% da amostra encontrase com níveis de sobrepeso e obesidade, mas destes, apenas 55% tem essa percepção, já que 45% quando questionados, responderam não estar "nada acima do peso".

Pesquisa realizada em uma cidade do Centro Oeste de Minas Gerais, com 59 pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, atendidos com diagnóstico de AVC em unidade de pronto atendimento aponta que , 89,8% dos pacientes apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 40,7% apresentavam dislipidemia, 35,6% diabetes mellitus e 32,2% apresentavam comorbidades cardíacas prévias (SILVEIRA JUNIOR et al., 2016). Os dados corroboram com achados desta pesquisa, visto que 74,2% referiram HAS, divergem em relação a dislipidemia, visto

que foi a DCNT mais referida neste estudo, sendo citada por 77,4% da amostra, 35,5% referiram DM e 35,5 % referiram serem portadores de cardiopatias.

Realizado no estado do Paraná um estudo para identificar os fatores de risco para acidente vascular cerebral com 454 pacientes, identificou a prevalência de fatores de risco na amostra como: diabete presente em 67,8%, hipertensão em 63,7%, dislipidemias em 59,3%, sobrepeso em 43,2%, obesidade grau I em 29,1% e doença cardíaca com 23,3% (COSTA, 20104).

Cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco mais importante para AVC, cuja frequência é 41,9% para AVCi. Estudo realizado em hospital universitário na cidade de São Paulo com 262 pacientes, a fim de evidenciar os principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos, constatou que 27% apresentavam cardiopatias (PIRES et al., 2004). Neste estudo, 35,5% dos sujeitos referiram ser portadores de cardiopatias, sendo: 9,6% fibrilação atrial, 12,9% cardiopatias inespecíficas, 6,5% infarto agudo do miocárdio prévio e 6,5% insuficiência cardíaca congestiva.

Realizada em 2014 uma pesquisa no estado de Rondônia com 144 sujeitos com idade superior a 30 anos, sendo 72 sujeitos (grupo experimental) que deram entrada no serviço de urgência e emergência de um Hospital Estadual com diagnóstico de AVC, e outros 72 sujeitos no Grupo Controle (adultos saudáveis), a fim de estabelecer se a amostra possui predomínio de fatores e condições de vida predisponentes ou não para desencadear os AVC por meio do questionário autoreferido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (QSAVI-AVC), obteve uma média de escore final de 61,9 para sujeitos do grupo controle e 83,3 para sujeitos do grupo de experimental, corroborando com os dados do presente estudo, que obteve uma média de 87,4 pontos em pacientes com diagnóstico de AVC (BASSI, 2015).

Estudo realizado em um Hospital Universitário no estado do Ceará com 70 pacientes com diagnóstico de AVC com idade entre 32 e 80 anos, com média de 58,5 anos, apontou a prevalência das seguintes DCNT na amostra, sendo: HAS em 67,1%, diabetes em 27,1% e distúrbio do metabolismo lipídico em 22,8% (DINIZ et al., 2016), reforçando os resultados identificados nesta pesquisa, entre as DCNT mais

prevalentes, mas em ordem divergentes, sendo neste estudo a maior prevalência de distúrbios lipídios (77,4%), HAS (74,2%) e DM (35,5%).

Considerada epidemia mundial, a obesidade representa o problema nutricional de maior ascensão entre a população dos últimos anos, presente em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, causando a morte de cerca de 2,8 milhões de pessoas por ano (WHO, 2017). Em 2011, o Ministério da Saúde apontou que 48% da população estava acima do peso, destes 33% em sobrepeso, e 15% obesos (BRASIL, 2011).

Segundo Kernan e Dearbor (2015), o risco de AVC em adultos, aumenta de forma quase linear a partir de um IMC de 20 kg/m², e acima de 30 km/m², o risco de um AVC é 70% maior, comparado a pacientes com IMC <25kg/m².

Em um estudo transversal realizado em cinco cidades brasileiras, Sobral (CE), Sertãozinho (SP), Campo Grande (MS), Joinville (SC) e Canoas (RS), verificou o IMC em pacientes com diagnósticos de AVC. Dos 1255 pacientes investigados, 64% dos pacientes da amostra apresentavam sobrepeso e 26% obesidade (VICENTE et al., 2018). No presente estudo, 48,4% sujeitos apresentam sobrepeso, e 22,6% apresentam obesidade grau I ou II, sendo 16,1% com obesidade grau I e 6,5% com obesidade grau II.

O aumento da obesidade desencadeia outros problemas relacionados, implicando diretamente no aumento das taxas de tratamento para problemas ligados ao excesso de peso, tais como HAS, dislipidemia e DM (CAAMAÑO NAVARRETE et al., 2015). OESCHI et al. (2017), afirmou que a obesidade é um preditor independente de acidente vascular cerebral isquêmico e afeta principalmente pacientes mais jovens, e que pacientes obesos constituirão um grupo crescente de candidatos ao tratamento e tratamento do AVC.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo a fim de analisar a prevalência de dislipidemia relacionada ao estado nutricional de 719 participantes entre adolescentes, adultos e idosos, aponta que dentre a população de adultos e idosos estudados, 31,1% dos adultos e 11,1% dos idosos apresentavam sobrepeso, 20% dos adultos e 37,3% dos idosos algum grau de obesidade. Quanto a presença de dislipidemias, tanto em adultos quanto idosos, a porcentagem foi de 60,3% em ambos

os grupos, confirmando a associação entre a dislipidemia e o excesso de peso (GARCEZ et al., 2014). Os dados citados, corroborando com os achados deste trabalho, onde 48,4% apresentam sobrepeso, 38,7% apresentam algum grau de obesidade e 77,4% quando questionados, referiram dislipidemia.

Ainda ligado a obesidade, a fim de relacionar marcadores nutricionais, DCNT e polifarmácia, um estudo realizado no estado de Goiás com 418 idosos residentes na comunidade e usuários do SUS aponta que, 72% faziam uso de um medicamento ou mais e 28% da amostra faziam uso da polifarmácia. Quanto os medicamentos mais utilizados, observou-se a prevalência de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (49,2%), seguidos dos que atuam no sistema digestivo e metabolismo (18%) e sistema nervoso central (12,2%). No presente estudo, 35,9% dos medicamentos citados atuam no sistema cardiovascular, 16,4% atuam no sistema digestivo e metabólico e 19,1% atuam no sistema nervoso central, indo ao encontro com os dados da pesquisa anterior. Em relação da polifarmácia e DCNT, 64,3 % referiram zero ou uma DCNT, desses, 15% faziam uso da polifarmácia, 26,6% refeririam duas DCNT, sendo que 48,2% faziam uso de polifarmácia, dos que referiram três ou mais DCNT (39,8%), 57,6% fazem uso de polifarmácia, apontando que a polifarmácia está relacionada com o número de DCNT. Em relação aos marcadores nutricionais, observou-se que, à medida que aumenta o IMC, aumenta a prevalência da polifarmácia, sendo que 49% da amostra apresentavam sobrepeso e obesidade e desses, 32,8% faziam uso da polifarmácia. Este último dado corrobora com os achados deste estudo, visto que, a relação entre quanto maior o IMC maior o número de medicamentos utilizados apresentou correlação com significância (r=0,43; p=0,017). A hipótese para essa associação, baseia-se no conceito que que a obesidade é fator de risco para ocorrência de comorbidades como diabetes e hipertensão arterial, além de dificultar o controle da glicemia e dos níveis de pressão arterial. A autora aponta que redução do IMC, independentemente do uso de fármacos, leva a redução da pressão arterial e da glicemia. Assim, o tratamento não farmacológico incluindo dietoterapia e prática de exercícios, consiste em uma importante abordagem terapêutica para controle de DNCT (SILVEIRA et al., 2014).

Preditor de comorbidades, o padrão alimentar regrado a baixo consumo de frutas, legumes, verduras (consumo inferior a cinco porções por dia) e consumo excessivo de gorduras saturadas, é responsável por 31% isquemias cardiovasculares,

11% das doenças cerebrovasculares e 19% de doenças oncológicas do trato gastrointestinal no mundo, segundo a OMS. Diante dos dados, em 2004 foi lançado um plano de estratégia global relacionado a dieta, atividade física e saúde. Quanto o padrão alimentar ideal, deve-se limitar a ingestão de gorduras totais, alterar a ingestão de gorduras saturadas para insaturadas e eliminar a ingestão de gordura trans. É orientado o aumento no consumo de frutas, legumes, leguminosas, cereais integrais e oleaginosas. Deve-se limitar o consumo de açúcar e sódio em todas as fontes. Além do consumo de dieta equilibrada, a atividade física é um fator determinante para gasto energético, o que se relaciona diretamente ao controle do peso, reduzindo riscos para doenças cardiovasculares e metabólicas, reduzindo PA, aumentando o nível de HDL e controlando índice glicêmico em pessoas com excesso de peso, mesmo sem perda ponderal (WHO, 2004).

Estudo de base populacional realizado em São Paulo com 1.652 participantes acima de 12 nos, sendo 560 adolescentes (12-19 anos), 585 adultos (20-59 anos) e 517 idosos (60 anos ou mais) a fim de determinar estilo de vida saudável com base na realização de atividade física e consumo alimentar, aponta que em relação à atividade física na população idosa e adulta, observou-se que 89,2% dos idosos, 77,2% dos adultos eram fisicamente ativos. Quanto ao consumo alimentar, foi observado que 52,2% dos idosos e 33,4% dos adultos apresentavam consumo de dieta adequada (FERRARI et al., 2017). No presente estudo, 64,5% relataram não praticar nenhuma atividade física, 9,7% relataram praticar muito pouco atividade física, 12,9% relataram uma prática média de exercício físico, 6,5% relataram praticar muito exercício físico e 6,5% relataram uma prática extrema de exercício físico. Quanto a dieta adequada, 12,9% referiram uma dieta nada adequada, 25,8% muito pouco adequada, 38,7% referem uma dieta adequada média, 19,4% referem dieta muito adequada e 3,2% uma dieta extremamente adequada.

Em 2012 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2013) entrevistou 1.737 adultos em São Paulo, e entre alguns fatores de risco, apontam a prevalência de adultos que realizam atividade física por faixa etária, sendo 31% entre 35-44 anos, 25,8% entre 45-54 anos, 25,2% entre 55-64 e 23,6% entre 65 anos e mais. Quanto ao consumo recomendado de frutas e hortaliças, foi de 17,7% a 28,5% entre os adultos, aumentando

gradativamente conforme o aumento dos anos de idade, tendo maior prevalência de consumo entre os idosos em 28,4%. No presente estudo, 9,7% consumir nada de frutas, 41,9% referem consumo muito pouco de frutas, 25,8% relataram pouco consumo de frutas e 22,6% relataram consumir muitas frutas. Quanto ao consumo de verduras, 9,7% referem consumir nada de verduras, 51,6% consomem muito pouco e 29% consumo médio. Em relação ao consumo de legumes, 3,2% não consomem nada de legumes, 54,8% muito pouco, 32,3% consumo médio e 9,7% consomem muito legumes.

Como decorrência do AVC pode haver limitação significativa de desempenho funcional, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e sobretudo na qualidade de vida, que nem sempre estão ligadas ao déficit neurológico. Dentre as complicações psiquiátricas, a depressão é a de maior prevalência (TERRONI et al., 2003).

Pesquisa realizada com 126 pacientes divididos em grupo controle e experimental, com finalidade de levantar sinais depressivos e desempenho cognitivo em pacientes com acidente vascular, aponta incidência de sinais sugestivos de depressão em 47,62% da amostra (OLIVEIRA et al, 2015), corroborando com os resultados de 48,4% de pacientes com diagnóstico de depressão deste presente estudo.

Vuletic et al. (2012), realizou estudo a fim de analisar a presença de depressão e ansiedade em 40 pacientes pós AVC isquêmico, o estudo demonstra que 55% da amostra apresentam sintomas de depressão e 40% sintomas de depressão e ansiedade. Outro estudo realizado com 2200 pacientes após AVC (LINCOLN, 2012) que foram acompanhados por 5 anos após o evento, 33% apresentaram depressão e 29% sintomas de ansiedade, corroborando com os dados do presente estudo, onde 48,4% relatam depressão e 41,9% ansiedade.

Os medicamentos prescritos melhoram significativamente uma série de resultados de saúde, mas também causam danos consideráveis (GUTHRIE, et al. 2015).

Observado aumento substancial na prescrição de medicamentos na população idosa residente na comunidade na Itália, em um período de 10 anos, é possível indicar

melhoria nos cuidados e acesso à saúde, mas o aumento no número de idosos expostos à polifarmácia deve ser cuidadosamente analisado em termos de qualidade do atendimento, segurança do paciente e custos (FRANCHI et al., 2014).

Estudo realizado em 2017 no Distrito Federal com 211 idosos a fim de identificar os fatores associados a polifarmácia em idosos assistidos pela estratégia de saúde família, identificou que 29,4% da amostra utilizavam 5 ou mais medicamentos distintos. Quanto aos fatores associados a polifarmácia, destacam-se hipertensão arterial, diabetes mellitus e complicações cardiovasculares (COSTA et al., 2017).

Um estudo de 2014 realizado na Escócia com 1.424.378 participantes com idade igual ou superior a 18 anos, a fim de analisar a prevalência do acidente vascular cerebral. multimorbidade e polifarmácia em uma amostra nacionalmente representativa, indica que 35.690 pessoas (2,5%) tiveram diagnóstico de acidente vascular cerebral. De uma lista que continham 39 morbidades, 35 foram comuns nos pacientes com diagnóstico de AVC, vale ressaltar que comparado ao grupo controle (sem diagnóstico de AVC), a proporção que apresentou uma ou mais morbidades foi de 94,2%, quase o dobro do grupo controle (48%). Dentre as morbidades mais prevalentes nos pacientes com AVC, encontram-se hipertensão arterial (60,9%), doença coronariana (29,5%), depressão (20,7%) e diabetes (18,8%). Quanto ao uso de medicações, 66,1% faziam uso de cinco ou mais medicamentos (GALIACHER et al., 2014). No presente estudo, a hipertensão arterial foi a segunda DCNT mais prevalente (74,2%), seguida pela depressão (48,4%), ansiedade (41,9%), DM e cardiopatias citadas por 35,5%. Em relação a polifarmácia, 74,2% da amostra referiram fazer uso de 5 ou mais medicamentos concomitantes.

Pesquisa realizada com população idosa atendida pela Estratégia da Saúde da Família em uma cidade no interior paulista, a fim de identificar o perfil epidemiológico da polifarmácia e morbidades com 246 indivíduos, aponta a prevalência das DCNT, sendo HAS em 81,7% da amostra, dislipidemias em 71,4% e DM 29,9%. Quanto a polifarmácia, de 22,7% da amostra faziam uso de 5 ou mais medicamentos (DAMASCENO,2017). Comparados aos achados deste estudo, encontramos a alta prevalência de dislipidemias (77,4%), HAS em 74,2%, e 35,5% da amostra referiram DM e cardiopatias. Em relação a polifarmácia, de 74,2% da amostra fazem uso de

cinco medicamentos ou mais. Vale ressaltar que o estudo supracitado faz referência a toda população idosa, inclusive idosos hígidos, e o presente estudo foi realizado com pacientes após acidente vascular cerebral.

Realizada em Ribeirão Preto em 2014 uma pesquisa com 32 idosos hipertensos a fim de identificar a polifarmácia, foi observado que dentre as DCNT referidas pelos sujeitos seguiam a seguinte prevalência, diabetes mellitus (75,0%), dislipidemia (75,0%) e a obesidade (59,4 %). Além da hipertensão, 40,6% dos pacientes apresentaram as comorbidades obesidade, dislipidemia e diabetes conjuntamente. A média de medicações utilizada por paciente foi de 8 medicamentos por dia (VIANA, CASSIANI, 2014).

Em uma pesquisa realizada em um hospital de nível terciário em Alagoas a fim de analisar a polifarmácia nos pacientes internados analisou 456 internações. Foi observada prevalência de polifarmácia em 56,5%. O número de medicamentos utilizados variou de zero a 17 fármacos no momento da internação, com média de 5,69 medicamentos por paciente (OLIVEIRA, BUARQUE, 2018). Esses dados vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, visto que a mínima de medicamentos consumidos dia por paciente foi de zero e máxima de 17, com média de 6,6 medicações ao dia.

Estudo realizado na Escócia, a fim de analisar o aumento da polifarmácia entre 1995 e 2010 em medicações de uso crônico prescritas a pacientes acima de 20 anos por um Hospital Universitário, apontou que entre1995 e 2010, a proporção de pessoas que ingeriram cinco a nove medicamentos aumentou 6,6%, de 10 a 14 medicamentos 3,2% e de 15 ou mais medicamentos de 0,9%. Observou-se aumento constante de medicações prescritas a partir da meia-idade. Pacientes com 65 anos ou mais que receberam 10 ou mais medicamentos passou de 4,9% em 1995, para 17,2% em 2010. Além disso, os pesquisadores apontam que pessoas que vivem em áreas mais carentes apresentaram mais que o dobro das chances de serem dispensadas 10 ou mais medicamentos. A prevalência de polifarmácia foi evidenciada mais em mulheres, da mesma maneira, maior em pessoas que viviam em áreas urbanas, comparadas com que residiam em áreas mais rurais (GUTHRIE, et al. 2015).

Na região de Lombardia - Itália, uma pesquisa a fim de investigar as mudanças na prescrição de medicamentos entre os anos de 2.000 a 2.010 nos idosos da

comunidade com idade entre 65 e 94 anos, observou o aumento de 6% na prescrição de pelo menos um medicamento crônico, e aumento de 10% na prevalência de idosos em uso de polifarmácia (42,8 para 52,7%) (FRANCHI et al., 2014).

Pesquisa realizada no Reino Unido com 8.571 participantes com diagnóstico de AVC com média de idade de 60,9 anos, descreve que mais de 85% dos participantes apresentavam mais de uma DCNT e mais de 56% faziam uso de 5 ou mais medicações. Essa condição de múltiplas DCNT, presença de mais de uma DCNT e a polifarmácia, são comuns no acidente vascular cerebral, fator esse que aumenta consideravelmente os riscos de interações medicamentosas (GALLACHER et al., 2018). Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa, visto que a média de DCNT foi de 5,4, e a média de medicamentos distintos consumido diariamente pelos sujeitos foi de 6,6, com mínimo de zero (3,2%) e máxima de 17 (3,2%), sendo que a prevalência de sete medicamentos em 22,6% da amostra, e polifarmácia presente em 74,2%, havendo correlação estatisticamente significante entre número de doenças crônicas e uso de medicamentos (r=0,66; p<0,001), e entre as interações medicamentosas e o número de medicamentos consumidos (r =0,51; p=0,003).

Um estudo transversal realizado em uma Universidade na Espanha para identificar a prevalência hospitalização de urgência devido a reações adversas medicamentosas em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos em um período de sete anos, aponta que 1.976 dos 60.263 pacientes que foram hospitalizados com urgência nesse período, foram por suspeitas de reações medicamentosas adversas. A taxa de mortalidade intra hospitalar bruta foi de 10,2% em pacientes hospitalizados por interações adversas e 9% em pacientes por outras causas. Além disso, 86% dos pacientes foram expostos a polifarmácia, e ao menos uma interação medicamentosa foi suspeitada em 49% dos casos. As interações medicamentosas mais frequentes foram, insuficiência renal aguda relacionada a inibidores do sistema reninaangiotensina, sangramento gastrointestinal causado por antitrombóticos e / ou antiinflamatórios não-esteroidais e sangramento intracraniano induzido por antagonistas da vitamina K (PEDRÓS et al., 2016). No presente estudo, 48,4% da amostra fazem uso de losartana e, 12,9% de carvedilol e 12,9% de enalapril, medicações estas que atuam no sistema renina-angiotensina, 77,4% fazem uso de AAS e 12,9% de clopidogrel, que atuam como antiagregante plaquetários, e 19,3% fazem uso de varfarina, medicação antagonista da vitamina K.

Em relação aos medicamentos mais utilizados utilizado na amostra, observase a prevalência do ácido acetilsalicílico (AAS) em 77,4%, a sinvastatina em 51,6%, losartana 48,4% omeprazol em 32,3%, anlodipino, fluoxetina, metformina e rosuvastatia em 22,6%, varfarina em 19,3%, escitalopram, em 16,1%, atorvastatina, carvedilol, clopidogrel, enalapril, fenobarbital e hidroclorotiazida com prevalência de 12,9% na amostra.

Um estudo realizado utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre o acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM) com 6.889 indivíduos de 20 anos ou mais que referiram ao menos uma doença crônica com indicação de uso de medicamentos, apontou maior percentual de obtenção dos medicamentos via SUS foi entre os portadores de HAS (41,3%) e DM (42,1%). Segundo autora, a proporção de sujeitos que obtém medicamentos via SUS diminuiu com o aumento do número de doenças crônicas (MATTA et al., 2018). Corroborando com estes dados, onde observou-se maior prevalência de medicações para controle da diabetes mellitus e pressão arterial via SUS, sendo 85,7% a prevalência da metformina e 75% do enalapril, seguido pelo fenobarbital (75%) medicação anticonvulsivante, AAS (66,6%) antiagregante plaquetário, sinvastatina (62,5%) para controle do colesterol e omeprazol (60%) utilizado como protetor gástrico. Em relação as medicações com maior prevalência de obtenção por recursos próprios, observa-se com percentual de 100% atorvastatina, rosuvastatina e escitalopram, pelo fato de não serem medicamentos de distribuição gratuita, seguidos pelo carvedilol (75%), anlodipino (71,4%), losartana 60%) e fluoxetina (57,1%). Os sujeitos quando questionados o motivo da obtenção por meio de recursos prósperos de medicamentos que são distribuídos gratuitamente, alegaram não ter credibilidade nas medicações distribuídas gratuitamente quanto ao efeito esperado.

6.1 CLASSES TERAPÊUTICAS DOS MEDICAMENTOS

6.1.1 Antiagregantes plaquetários e anticoagulantes

O AAS que pertence à classe das drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs), é amplamente utilizado na profilaxia primária e secundária de eventos

cardiovasculares, pois inibe a agregação plaquetária ao bloquear a síntese do tromboxano A2 nas plaquetas (VIANA et al, 2012). Permanece como droga de primeira escolha, sendo a mais segura e com maior tempo de estudo, além de ter o menor custo (HELBER et al., 2012). No entanto, seu uso envolve o risco de sangramento e de sintomas gástricos, como dor, refluxo e azia (MARGOLIS et al., 2009). Foi a medicação mais citada pelos sujeitos desta pesquisa como medicação de uso contínuo (77,4%). Estudo realizado no Rio Grande do Sul com 2732 sujeitos, a fim de analisar uso do AAS como prevenção de eventos cardiovasculares aponta que 59,1% da amostra fazem uso de AAS, sendo 24,8% como prevenção primária e 34,3% secundária (VIANNA, 2012). Vale ressaltar que 100% da amostra deste estudo utiliza o AAS como prevenção secundária, visto que foi realizado com sujeitos vítimas de AVC.

O clopidogrel é um inibidor seletivo da adenosina difosfato-ADP, um indutor da agregação plaquetária, não tendo efeito direto no metabolismo do ácido araquidônico. Seus efeitos na inibição da agregação plaquetária induzida pelo colágeno e trombina, está relacionado à transformação propiciada pelo fígado em um metabólito ativo, que possivelmente induz a alterações irreversíveis em um receptor P2TAC. (OLIVEIRA, 2001). Estudo realizado a fim de analisar a polifarmácia em idosos em uma cidade no interior de São Paulo, identificou o uso de clopidogrel em 31,5% da amostra, sendo o único anticoagulante citado pelos entrevistados (DAMASCENO, 2017). Esses dados divergem em relação ao presente estudo, visto que o clopidogrel é apontado com terceiro medicamento mais utilizado desta classe.

Citada por 19,3% dos participantes deste estudo e indicada na profilaxia e tratamentos dos distúrbios tromboembolíticos, a varfaria atua como um antagonista da vitamina K. A vitamina K é necessária para síntese de fatores de coagulação II, VII, IX e X, impedindo assim a síntese de fatores de coagulação. (FONSECA, SARTORI, 2017). Silva e Henrique (2011), em estudo realizado com 30 pacientes pós AVC identificou que menos de 10% utilizaram varfarina, em compensação, 63% faziam uso de AAS como antiagregante plaquetário.

6.1.2 Estatinas

A incidência de dislipidemia na população está associada a diversos distúrbios cardiovasculares, inclusive o AVC. Auxiliando na prevenção das doenças cardiovasculares, as estatinas regulam a velocidade de síntese do colesterol, reduzem seus níveis em maior proporção que dos demais lipídeos, além do efeito hipocolesterolemiante, tem ações anti-inflamatórias por redução de concentrações séricas de proteína C reativa. (WANNMACHER, COSTA, 2010). Sinvastatina, rosuvastatina e atorvastatina, fazem parte da classe das estatinas, eficientes e comumente bem tolerados, reduzem em média em 30-40% os níveis séricos de LDL além de aumentar os níveis de HDL. Agem por inibição competitiva da HMG-CoAredutase, que catalisa a biossíntese do colesterol. Ao inibir a síntese endógena do colesterol as estatinas diminuem a concentração de ácidos poli-insaturados intracelular e aumenta a atividade dos receptores do LDL, diminuindo sua concentração plasmática (WANG, 2007).

Segundo Damasceno (2017), em pesquisa realizada com população idosa, 71,3% faziam uso de estatinas, sendo essa a terceira classe medicamentosa mais prevalente, sendo que 65,9% faziam uso de sinvastatina e 15,6% usavam atorvastatina. No presente estudo, as estatinas foram a medicação de segunda maior prevalência de consumo diário, tendo a sinvastatina com consumo por 56,1% dos entrevistados, rosuvastatina foi citada por 22,6% e atorvastatina por 12,9% dos sujeitos. Pesquisa realizada em 2014 na cidade de Ribeirão Preto com 32 idosos hipertensos com finalidade de identificar a polifarmácia, aponta que 53,1% faziam uso de sinvastatina., corroborando com os achados (VIANA, CASSIANI, 2014).

6.1.3 Anti-hipertensivos

A losartana, citada por 48,4% da amostra como medicação de uso diário, é um medicamento indicado no controle da pressão arterial e insuficiência cardíaca, sendo antagonista dos receptores AT1 da angiotensina II, principal hormônio ativo do sistema renina-angiotensina e o maior determinante da fisiopatologia da hipertensão por ser um potente vasoconstritor. A ação antagonista nos receptores de AT1 inibe a contração da musculatura lisa vascular causada pela angiotensina II, ocorrendo

vasodilatação, excreção de sódio e diminuição da atividade noradrenérgica. (FONSECA, SARTORI, 2017; MAGALHÃES, 2006).

O bensilato de anlodipino, citado por 22,6%, age como bloqueador dos canais de cálcio, inibindo o fluxo de cálcio nas células musculares lisas das artérias, resultando em redução da resistência periférica, ou seja, ação vasodilatadora, consequentemente reduzindo a pressão arterial (WEBSTER et al., 1987).

O carvedilol é um fármaco utilizado no tratamento da insuficiência cardíaca por isquemia ou miocardiopatia, disfunção ventricular à esquerda após IAM. É antagonista neuro-hormonal de ação múltipla, com propriedades betabloqueadoras não seletivas, alfabloqueadora e antioxidante. O carvedilol reduz a resistência vascular periférica por vasodilatação mediada pelo bloqueio alfa1 sem afetar o débito cardíaco, e suprime o sistema renina-angiotensina-aldosterona devido a ação betabloqueadora (FONSECA, 2017), e foi citado nesta pesquisa, por 12,9% dos sujeitos como medicação de uso diário.

O anti-hipertensivo enalapril, citado por 12,9% dos sujeitos, faz parte da classe de medicamentos inibidores da enzima cardioversora de angiotenisna, que tem efeito anti-hipertensivo ao inibir a conversão da angiotensina I em angiotensina II (potente vasoconstritor) e ao impedir a degradação da bradicinina, vaso dilatador potente, está envolvida em processos fisiopatológicos, o que explica a tosse e o angioedema, presente nos pacientes em terapia com iECA. (RIBEIRO, MUSCARÁ, 2001).

Segundo Viana e Cassiani (2014) nos 32 pacientes idosos hipertensos questionados sobre uso de medicamentos anti-hipertensivos, as medicações mais prevalentes foram o enalapril, presente em 50,0 % das prescrições e a losartana em 37,5 %.

6.1.4 Diuréticos

Diuréticos tiazídicos promovem excreção renal de água e eletrólitos, gerando balanço negativo de sódio, diminuindo o volume extracelular e por consequência, a pressão arterial. Podem apresentar efeitos adversos como hipocalemia, hiperuricemia, intolerância à glicose e resistência à insulina. (MALACHIAS, 2016). Dentre os tiazídicos, a hidroclorotiazida é o diurético mais comumente prescrito. Neste

estudo, 12,9% relataram uso desta medicação. Estudo realizado em Cuiabá com 573 idosos residentes no domicílio, identificou que a hidroclorotiazida encontra-se como o segundo medicamento mais utilizado por idosos dos 10% que fazem uso da polifarmácia (ALMEIDA et al., 2017).

6.1.5 Protetor gástrico

O omeprazol é um inibidor da bomba de prótons que suprime a secreção do ácido gástrico, reduzindo em até 95% sua produção diária. Devido a sua potência em inibir a secreção de ácido clorídrico, são utilizados para alívio de dores e problema os gástricos (LIMA, 2013). Estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais com 621 idosos a fim de identificar medicamentos potencialmente inadequados, identificou que 20% dos entrevistados faziam uso de Omeprazol (MARTINS et al., 2015). O omeprazol é quarta medicação mais citada em consumo na amostra (32,3%) nesta pesquisa. De acordo com Silveira et al. (2014), consumo de medicamentos do trato digestivo podem estar relacionados à necessidade de aliviar sintomas na mucosa gástrica provocados pelo uso excessivo de medicamentos, como consequência da própria polifarmácia.

6.1.6 Anti-hiperglicemiante

Indicada para o tratamento da DM tipo 2, a metformina é um antihiperglicemiante e tem ação no tecido hepático e muscular. No hepatócito, leva a
inibição da gliconeogênese e glicogenólise, e estimulação da glicogênese, enquanto
na musculatura esquelética, aumenta a captação de glicose, provocando rápida
redução da glicemia, não aumenta os níveis séricos de insulina com baixos riscos de
levar à hipoglicemia. (VIOLLET; FORETZ, 2013). Estudo realizado com finalidade de
identificar uso incorreto de medicamentos em pacientes pós AVC atendidos por
serviço de atendimento domiciliar aponta que 30% dos sujeitos faziam uso de
metformina (SILVA, HENRIQUE, 2011). Nesta amostra, apresenta uma prevalência
de 22,6% nas medicações de uso contínuo.

6.1.7 Antidepressivos

A fluoxetina e o oxilato de escitalopram, agem inibindo seletivamente a recaptação da serotonina sem interferir em outros neurotransmissores, o que leva a menor incidência de efeitos colaterais, tornando-se antidepressivos mais utilizados no tratamento de alguns transtornos neurológicos (SALINAS et al., 2012, MANNING, 2004). Ambos foram citados por 22,6% dos sujeitos.

Yi et al. (2010) realizaram uma revisão para avaliar especificamente a eficácia e a segurança da Fluoxetina na prevenção da depressão pós-AVC. Os autores concluiram que a fluoxetina, sendo um fármaco relativamente seguro, reduz a incidência de depressão pós AVC e apresenta benefícios na recuperação neurológica funcional.

Em relação ao uso de escitalopram, uma pesquisa realizada com 129 pacientes pós AVC, onde 43 sujeitos foram submetidos ao uso de cinco a dez miligramas de escitalopram diariamente, 45 sujeitos em uso de placebo diariamente e 41 sujeitos participaram de um programa de resolução de problemas com terapia desenvolvida para o tratamento de pacientes com depressão, observou que após 12 semanas de tratamento, os pacientes tomando escitalopram apresentaram escores mais altos nos testes neuropsicológicos avaliação global da função cognitiva de pensamento, aprendizado e memória, e sobre aqueles que medem a memória verbal e visual comparado ao grupo que utilizou placebo e ao grupo da terapia (JORGE et al., 2010).

6.1.8 Anticonvulsivantes

O fenobarbital um medicamento do grupo de barbitúricos que possui atividade antiepiléptica específica em doses menores que aquelas que produzem sono. É eficaz em crises tônico-clônicas generalizadas e tem valor limitado em convulsões parciais simples. Seu mecanismo de ação inibe a atividade nervosa por potencializar a ação do GABA em seu receptor GABA-A. (VARONA et al, 2001; FONESECA, SARTORI, 2017). O fenobarbital é classificado como medicamento potencialmente inapropriado para idosos em qualquer condição clínica, devido sua alta taxa de dependência física e risco de overdose. Barbitúricos são fortemente aditivos e causam mais efeitos

adversos quando utilizados como anticonvulsivantes nos idosos do que a maioria dos sedativos ou hipnóticos. A população idosa requer dosagens menores para atingir as mesmas concentrações séricas de fenobarbital que os adultos (ANDRADE et al., 2016).

6.2 INTERAÇÕES PRESENTES NA AMOSTRA

Ao que se refere as interações medicamentosas mais prevalentes na amostra (acima de 10%), o AAS é a medicação com mais interações, sendo sete (53,8%) das 13 mais prevalentes, ocorrendo em níveis leve, moderado e alto.

Dentre as interações mais presentes, em primeiro lugar encontra-se a interação AAS x losartana (35,5%). Segundo a base de dados *Drugs.com*, a interação AAS x losartana é classificada como moderada, de forma que o AAS pode atenuar os efeitos anti-hipertensivos da losartana. O mecanismo proposto pelo AAS é a inibição da síntese de prostaglandinas renais, que atuam atenuando o efeito vasoconstritor de algumas substâncias como angiotensina II, noradrenalina e vasopressina, provocando vasodilatação, o que mantém o fluxo sanguíneo renal e a velocidade de filtração glomerular. As prostaglandinas também aumentam a excreção de cloreto de sódio e água e com a inibição desses efeitos das prostaglandinas pelo AAS, pode antagonizar os efeitos redutores da pressão arterial dos anti-hipertensivos (SILVA, 1998). Desta forma, pacientes em uso de losartana e AAS devem realiza monitoramento da pressão arterial periodicamente.

Em segundo lugar na prevalência entre as interações medicamentosas, encontra-se o omeprazol x AAS, com frequência de 32,3%.

A interação AAS x Omeprazol é definida como leve, e pode gerar desconfortos gástricos, pois os inibidores da bomba de prótons podem dissolver o revestimento entérico dos salicitatos, aumentando a taxa de liberação gástrica.

Com 22,6%% de prevalência na amostra, observa-se a interação AAS x Fluoxetina, com risco de interação moderada. Os inibidores de recaptação de serotonina podem potencializar o risco de sangramento em pacientes tratados com

agentes que afetam a hemostasia, como antiagregante plaquetários, como o AAS. Eventos hemorrágicos relacionados a IRS variaram de equimose, hematoma, epistaxe e petéquias à hemorragias com risco de vida, recomenda-se observação clínica e laboratorial de complicações hematológicas.

De acordo com *Drugs.com*, inibidores da ciclo-oxigenase, como o AAS, podem atenuar os efeitos anti-hipertensivos de bloqueadores dos canais de cálcio, como é o caso do anlodipino. A interação AAS x anlodipino apresenta-se em 19,4% da amostra. Quando um medicamento AINE é adicionado ao regime de um paciente que está em uso de bloqueador de canal de cálcio, pode ocorrer aumento da pressão arterial. Desta forma, é importante que o usuário faça monitoramento dos valores da pressão arterial.

O escitalopram citado por 16,1% da amostra como medicação de uso contínuo, tem prevalência em 12,9% em interação medicamentosa com o AAS. De nível de interação moderado, apresenta o mesmo fator de risco comparado ao uso de fluoxetina e AAS, que é o risco de sangramento e eventos hemorrágicos.

A interação medicamentosa carvedilol x AAS tem prevalência de 12,9% na amostra, apresenta interação leve, com efeitos adversos iguais a interação losartana x AAS, visto que salicilatos em altas doses podem atenuar o efeito anti-hipertensivo do carvedilol. Desta maneira, é indicado que o usuário de carvedilol e AAS, mantenha um acompanhamento dos níveis pressóricos para possíveis ajustes das doses da medicação.

A única interação medicamentosa de nível alto, com prevalência de 10 % na amostra é AAS x varfarina (12,9%). O AAS, mesmo em pequenas doses, pode aumentar o risco de hemorragia em pacientes em uso de anticoagulantes orais, inibindo a agregação plaquetária, prolongando o tempo de hemorragia e induzindo lesões gastrointestinais. A combinação AAS x varfarina, deve ser evitada, a menos que o potencial benéfico supere o risco de sangramento. Se a terapia concomitante for usada para efeitos anticoagulantes aditivos, é recomendado o monitoramento de anticoagulação excessiva e sangramento evidente e oculto. O INR deve ser verificado com frequência e os eventos hemorrágicos podem ocorrer sem o aumento do tempo de INR ou da protrombina.

A interação medicamentosa de omeprazol x sinvastatina é considerada de níivel moderado e tem prevalência de 22,6% na amostra. A co-administração de omeprazol e sinvastatina, pode aumentar as concentrações plasmáticas de sinvastatina e o risco associado de miopatia. O mecanismo proposto é a inibição competitiva da glicoproteína P intestinal, resultando na diminuição da secreção do fármaco para o lúmen intestinal e aumento da biodisponibilidade do fármaco. Devido ao aumento do risco de toxicidade musculoesquelética associado a altos níveis de atividade inibitória da HMG-CoA redutase no plasma, os pacientes tratados com sinvastatina devem ser monitorados mais de perto durante o uso concomitante de inibidores da bomba de prótons.

De nível leve, a interação sinvastatina x varfarina tem prevalência de 16,1%. A sinvastatina pode aumentar a resposta anticoagulante à varfarina. O mecanismo pode ser o deslocamento da varfarina dos locais de ligação às proteínas. A sinvastatina pode interagir de forma semelhante com outros anticoagulantes orais. Pacientes em uso de sinvastatina e varfarina devem ser aconselhados a relatar imediatamente quaisquer sinais de hemorragia ao seu médico, incluindo dor, edema, cefaleia, sangramentos prolongados por cortes e aumento do fluxo menstrual.

Além das interações medicamento x medicamento, algumas medicações interagem com alimentos, são os casos das interações: losartana x dieta rica em potássio; varfarina x alimentos com vitamina K, escitalopram x álcool e fluoxetina x álcool.

A interação losartana x dieta rica em potássio pode estar presente em 48,4% e é classificada como moderada. A ingestão dietética alta de potássio, especialmente substitutos do sal, pode aumentar o risco de hipercalemia em alguns pacientes que estão usando bloqueadores dos receptores da angiotensinall, por meio da inibição da secreção de aldosterona induzida pela angiotensina II. Pacientes com diabetes, insuficiência cardíaca, desidratação ou insuficiência renal têm um risco maior de desenvolver hipercalemia.

Os pacientes devem ser aconselhados a procurar atendimento médico caso apresentem sintomas de hipercalemia, como fraqueza, batimentos cardíacos irregulares, confusão, formigamento das extremidades ou sensação de peso nas pernas.

O risco de interação varfarina x vitamina K é de 25,8%. A vitamina K pode antagonizar o efeito hipoprotrombinêmico dos anticoagulantes orais. A vitamina K é um cofator na síntese de fatores de coagulação sanguínea que são inibidos pelos anticoagulantes orais, assim, a ingestão de vitamina K através de suplementos ou dieta pode reverter a ação dos anticoagulantes orais. A resistência a anticoagulantes orais tem sido associada ao consumo de alimentos ou a nutrição enteral rica em conteúdo de vitamina K. Da mesma forma, uma redução do consumo de vitamina K após a estabilização da terapia anticoagulante pode resultar em elevação do INR e complicações hemorrágicas. Alimentos ricos em vitamina K incluem fígado bovino, brócolis, repolho, couve, alface, mostarda, salsa, soja, espinafre, acelga, nabo, agrião e outros vegetais de folhas verdes. Níveis moderados a altos de vitamina K também são encontrados em outros alimentos como aspargos, abacates, ervilhas, chá verde, óleo de canola, margarina, maionese, azeite de oliva e óleo de soja.

Comum entre a fluoxetina e o escitalopram, apresenta-se a interação com o álcool, sendo de nível moderado, com prevalência de risco em 22,6% na primeira e 16,1% na segunda, conforme a amostra.

O álcool pode potencializar alguns dos efeitos farmacológicos dos agentes ativos do SNC. O uso combinado pode resultar em depressão aditiva do sistema nervoso central e / ou prejuízo do julgamento, pensamento e habilidades psicomotoras. Pacientes que recebem agentes ativos no SNC devem ser alertados sobre essa interação e aconselhados a evitar ou limitar o consumo de álcool.



7 CONCLUSÃO

A prevalência na amostra foi de sujeitos do gênero masculino (51,6%), com renda familiar média de 4,4 salários mínimos, com prevalência da população maior de 60 anos (51,6%) e média de idade de 59,7 anos.

Quanto ao estilo de vida e risco de AVC, a média do escore total do QSAVI-AVC foi de 87.4.

Dentre as DCNT autorreferidas, a média foi de 5,4 doenças por sujeito, sendo dislipidemia a mais prevalente, seguida pela HAS, depressão, ansiedade, sobrepeso/obesidade, DM e doenças cardiovasculares.

No total, 68 medicações distintas foram citadas, com média de consumo de medicações distintas ao dia de 6,6 medicamentos, com prevalência de polifarmácia em 74,2% nos participantes.

Por meio das 68 interações citadas, foram obtidas 307 interações medicamentosas, sendo que 19% eram de interações leves, 72% interação moderada e 9% interações altas.

Quanto ao maior nível de interações medicamentosas por sujeito, 10% não apresentavam interações, 3% interações leves, 39% moderadas e 48% altas.

Dentre as correlações, observou-se valor de significância estatística entre IMC e QSAVI-AVC (r=0,51; p=0,003), IMC e número de medicamentos (r=0,43; p=0,0017), número de medicamentos e grau de interação medicamentosa (r=0,51; p= 0,003) e DCNT e número de medicamentos (r=0,66; p<0,001).

A continuidade e aprofundamento deste trabalho pode resultar em colaborações para a implementação de polícias públicas de saúde com estratégias de educação permanente e avaliação contínua aos pacientes em uso de medicações de longo prazo, bem como ações de promoção a saúde em relação as DCNT e estilo e hábitos de vida, como fatores modificáveis na prevenção do AVC.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 138-148, fev. 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes complications. In: BELL, R. **Diabetes 2001 vital statistics**. Virginia: Port City Press, 2001. p.43-74.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Ischemic Stroke**. Dallas: American Heart Association, 2016. Disponível em: http://watchlearnlive.heart.org/CVML Player.php?moduleSelect=iscstr>.

ANDRADE, K. V. F.; SILVA FILHO, C.; JUNQUEIRA, L. L. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em instituição especializada em saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 245-250, set. 2016.

AUTENRIETH, C. S. et al. Association between physical activity and risk of stroke subtypes: the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 40, n. 2, p. 109-116, 2013.

BAILEY, R. R. Lifestyle Modification for Secondary Stroke Prevention. **Am J Lifestyle Med**, California, v. 12, n. 2, p. 140-147, mar/apr. 2018.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011.

BASSI, A. K. Z. Estilo de vida e histórico de saúde de pessoas com e sem Acidente Vascular Encefálico (AVE): contribuições para a fonoaudiologia e ciências da saúde. 121 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

BENSENOR, I. M. et al. **Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil:** Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Arq Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015.

BOZAL, M. G. Escala mixta Likert-Thurstone. **Anduli**, n. 5, p. 81-95, 2006. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de saúde TABNET:** Estatísticas vitais. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BURN, J. et al. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project. **Stroke**, Dallas, v. 25, n. 2, p. 333-337, Feb. 1994.

CANUTO, M. A. O.; NOGUEIRA, L. T.; ARAÚJO, T. M. E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 245-252, 2016.

CARVALHO, E. F. et al. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **Rev Assoc Saúde Pública de Piauí**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 107-119, dez. 1998.

CARVALHO, F. R.; PINTO M. H. A pessoa hipertensa vítima de acidente vascular cerebral. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, v. 3, p. 349-355, jul/set. 2007.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 379-388. 2009.

CAVALCANTE T. F. et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular cerebral: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev Lat Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, jul/aq. 2010.

CESENA, F. H. Y. et al. Cardiovascular Risk Stratification and Statin Eligibility Based on the Brazilian vs. North American Guidelines on Blood Cholesterol Management. **Arg Bras Cardiol**, São Paulo, v. 108, n. 6, p. 508-517, jun. 2017.

COELHO-FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Anti-hipertensivos X Antiinflamatórios não-esteróides:** boletim do Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos (CEBRIM). Brasília: CEBRIM, 1998.

COSTA, G. M.; OLIVEIRA, M. L. C.; NOVAES, M. R. C. G. Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 525-533, ag. 2017.

COSTA, M. A. et al. CARACTERIZAÇÃO DO USO DE SINVASTATINA PELOS PACIENTES DA TERCEIRA IDADE. **Revista Ágape**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 13-13, 2018.

COSTA, V. S. P. et al. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. **Fisioter Mov**, Curitiba, v. 27, n. 4, p. 555-563, Dec. 2014.

DALTIN, J. B. **Uso de medicamentos em pacientes idosos portadores de doença de Alzheimer**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Botucatu. 2016.

DAMASCENO, R. J. **Perfil epidemiológico da polifarmacoterapia e morbidades em idosos de uma cidade do interior paulista**. 2017. 110 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2017.

DANTAS, J. B., Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal Rev Psicol**, Niterói. v. 21, n. 3, p. 563-580, dez. 2009.

DINIZ, D. L. et al. Wake-up stroke: Clinical characteristics, sedentary lifestyle, and daytime sleepiness. **AMB Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 62, n. 7, p. 628-634, out. 2016.

FARIA, A. M. et al. Progressos recentes e novas perspectivas em farmacoterapia da obesidade. **Arg Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 516-529, 2010.

FAVARRETE, F. C.; HORMAZABAL, M. A.; FLOODY, P. D. Niveles de obesidad, perfil metabólico, consumo de tabaco y presión arterial en jóvenes sedentarios. **Nutr Hosp**, Madrid, v. 32, n. 5, p. 2000-2006, nov. 2015.

FERRARI, T. K. et al. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00188015, jan. 2017.

FONSECA, A. S; SARTORI, M. R. **Guia de Medicamentos**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2007.

FRANCO, E. C. Epidemiologia dos fatores de risco para o acidente vascular cerebral em população assistida por Unidades Básicas de Saúde do município de Bauru. 2016. 124 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

FREITAS, E. L.; OLIVEIRA, R. D.; PERINI E. Atenção Farmacêutica Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaer**, Buenos Aires, v. 25, n.3, p. 447-453, 2006.

GALLACHER, K. I. et al. Risk factors and mortality associated with multimorbidity in people with stroke or transient ischemic attack: a study of 8,751 Biobank participants in the UK. **J Comorb**, London, v. 8, n. 1, p. 1-8, Jan/Dec. 2018.

GALLACHER, K. I. et al. Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: implications for treatment burden. **BMC Med**, London, v. 12, n. 1, p. 151-151, Oct. 2014.

GARCEZ, M. R. et al. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 103, n. 6, p. 476-484, dez. 2014.

GARRITANO, C. R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 98, n. 6, p. 519-527, dez. 2012.

GILES, M. F., Rothwell, P. M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 30, n. 4, p. 205-206, Apr. 2008.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. G. et al. Lidando com perdas: percepção das pessoas incapacitadas por AVC. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 149-154, abr/jun. 2007.

GORARD, D. A. Escalating polypharmacy. **QJM – An Int J Med,** Oxford, v. 99, n. 11, p. 797-800, Nov. 2006.

GURWITZ, J. H. et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. Jama, v. 289, n. 9, p. 1107-1116, 2003.

GUTHRIE, B. et al. Increasing tide of polypharmacy and drug interactions: analysis of the population database 1995-2010. **BMC Medicine**, London, v. 13, n. 1, p. 74-74, Apr. 2015.

HAES, T. M.; et al. Álcool e sistema nervoso central. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 2, p. 153-163, jun. 2010.

HARDIE, K. et al. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. **Stroke**, Dallas, v. 35, n. 3, p. 731-735, Mar. 2004.

HELBER, H. A. et al. Influência do diabetes e da hipertensão arterial na antiagregação plaquetária por ácido acetilsalicílico na prevenção secundária do acidente vascular cerebral isquêmico. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 120-122, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World Employment and Social Outlook:** Trends 2015. Geneva: Internacional Labour Office - ILO, 2015. 100 p.

JAKUBOVICZ, R.; CUPELLO, R. **Introdução à afasia**: Diagnóstico e Terapia. 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

JORGE, R. E. et al. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 187-196, Feb. 2010.

KERNAN, W. N.; DEARBORN, J. L. Obesity increases stroke risk in young adults: opportunity for prevention. Stroke, Dallas, v. 46, n. 6, p. 1435-1436, Jun. 2015.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios:** conceitos fundamentas de neurociência. São Paulo: Atheneu, 2001.

LIMA, A. P. V.; NETO FILHO, M. A. Efeitos em longo prazo de inibidores da bomba de prótons. **Braz. J Surg Clin Res**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 45-49, dec. 2013.

LINCOLN, N. B. et al. Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. **Disabil Rehabil**, London, v. 35, n. 2, p. 140-145, Jan. 2013.

LOTUFO, P. A et al. Cerebrovascular disease in Brazil from 1990 to 2015: Global Burden of Disease 2015. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 20, p. 129-141, maio. 2017.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Med J**, São Paulo, v. 123, n. 1, p. 3-4, jan. 2005.

MAGALHÃES, L. B. N. C. Anti-hipertensivos. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap 68.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7^a Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MANNING, J. Sloan. Newer antidepressants in the primary care setting. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 6, n. suppl 1, p. 3-6, 2004.

MARGOLIS, M. K. et al. Upper Gastrointestinal Symptoms Experienced by Users of Low-Dose Aspirin (Acetylsalicylic Acid)[75–325 mg/day] for Primary and Secondary Coronary Artery Disease Prevention: Perspectives from Patient Focus Groups. **Patient**, Auckland, v. 2, n. 2, p. 85-93, Jun. 2009.

MARINHO, F; PASSOS, V.M.; FRANÇA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde,** Brasília, v. 25, p. 713-724, dez. 2016.

MARTINS, G. A. et al. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2401-2412, nov. 2015.

MATTA, S. R. et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00073817, mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acidente vascular cerebral (AVC).** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascularcerebral-avc.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Busca por campanhas de divulgação para o acidente vascular**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/search/?searchword=acidente%20vascular&searchphrase=all&Itemid=242.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.2011 >.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informação de Mortalidade**: Indicadores de Mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2013/c08.def.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.

MOREIRA, R. P. et al. Acidente vascular cerebral: perfil de indicadores de risco. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 121-128, abr/jun. 2010.

MOSER, A. D.; KERHIG, R. O conceito de saúde e seus desdobramentos nas várias formas de atenção à saúde do trabalhador. **Fisioter Mov**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 89-97, out/dez. 2006.

NADRUZ JUNIOR, W. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

NUMATA FILHO, E.S. et al. Estilo de vida influencia variáveis antropométricas e pressão arterial em adultos jovens. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 137-142, jan/abr. 2016.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P.; CASTRO, M. S. A. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo:** Abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: EDUEL, 2011. p. 17-38.

O'DONNELL, M. J. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. **Lancet**, London, v. 10;376, n. 9735, p. 112-123, Jul. 2010.

OESCH, L. et al. Obesity paradox in stroke–Myth or reality? A systematic review. **PloS One**, San Francisco, v. 12, n. 3, p. e0171334, Mar. 2017.

OLIVEIRA, C. R. et al. Depressive signs and cognitive performance in patients with a right hemisphere stroke. **CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 452-457, set/out. 2015.

OLIVEIRA, G. M. M. Antiagregantes plaquetários. **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 21-27, jan/mar. 2001.

OLIVEIRA, L. M. Afasia e o Modelo Interacional de Comunicação. **Revista Gatilho**, Juiz de Fora, v. 7, n. 4, p. 16-25, 2008.

OLIVEIRA, M. V. P.; BUARQUE, D. C. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados em idosos admitidos em um hospital terciário. **Geriatr, Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 38-44, 2018.

ORTIZ, K. Afasia. In: ORTIZ, K. **Distúrbios neurológicos adquiridos:** linguagem e cognição. 1 ed. Barueri: Manole, 2005. cap. 3. p. 47-64.

OVBIAGELE, B. et al. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. **Stroke**, Dallas, v. 44, n. 8, p. 2361-2375, Aug. 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Uso racional de estatinas na prevenção de cardiopatia isquêmica. Brasília: Pan American Health Organization, 2010. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&alias=1319-uso-racional-estatinas-na-prevencao-cardiopatia-isquemica-uso-racional-medicamentos-temas-selecionados-n-7-9&Itemid=965>.

PEDRÓS, C. et al. Adverse drug reactions leading to urgent hospital admission in an elderly population: prevalence and main features. **Eur J Clin Pharmacol**, Berlin, v. 72, n. 2, p. 219-226, Feb. 2016.

PEREIRA, A. B. C. N. G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, set. 2009.

PFAFFENBACH, G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 260-261, set. 2010.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégias de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 2489-2498, 2015.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 62, n. 3-b, p. 844-851, 2004.

PONTES, L. M.; AMORIM, R. J. M.; LIRA, P. I. C. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adolescentes da rede pública de ensino de João Pessoa, Paraíba. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 105-111, abr/jun. 2013.

PONTES-NETO, O. M. et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. **Arq Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 67, n. 3-B, p. 940-950, set. 2009.

RIBEIRO, W.; MUSCARÁ, M. N. Características farmacocinéticas de antagonistas de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas de angiotensina II em humanos. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 114-124, jan/mar. 2001.

RODGERS, H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population-based study. **Stroke**, Dallas, v. 35, n. 1, p. 7-11, Jan. 2004.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidades e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.

ROSA, T. S. M.; MORAES, A. B.; TREVISAN, M. E. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 3, n. 23, p. 405-412, 2015.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

SALINAS, L. E. G. et al. Ação da fluoxetina sobre a dor aguda em ratos submetidos à constrição do nervo ciático. **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 59-64, mar. 2012.

SCHEFFEL, R. S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263-267, 2004.

SCHUSTER, R. C. et al. Análise da pressão plantar em pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 179-183, 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

- SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.
- SILVA, L. D.; MENDONÇA, H. D. Uso incorreto de medicamentos por pacientes após acidente vascular cerebral. **Invest Educ Enferm**, Medellin, v. 29, n. 2, p. 187-193, Jul. 2011.
- SILVEIRA JÚNIOR, J. L. et al. Avaliação Clínica e Topográfica dos Pacientes Diagnosticados com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Emergência. **Rev Bras Ci Saúde**, v. 21, n. 1, p. 43-50, 2017.
- SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 818-829, out/dez. 2014.
- TARANTINO, G.; DI MINNO, M. N. D.; CAPONE, D. Drug induced liver injury: is it somehow predictable? **World J Gastroenterol**, Beijing, v. 15, n. 23, p. 2817-2833, Jun. 2009.
- TERRONI, L. M. N. et al. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.
- VARONA, J.; ESCRIBANO, E.; MARTIN-CALDERON, J. L. Fenobarbital: farmacocinética, toxicología y monitorización por el Laboratorio. **Rev Diagn Biol**, Madrid, v. 50, n. 1, p. 13-16, Mar. 2001.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, abr. 2009.
- VIANNA, C. A.; GONZALEZ, D. A.; MATIJASEVICH, A. Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1122-1132, jun. 2012.
- VICENTE, V. S. et al. Prevalence of obesity among stroke patients in five Brazilian cities: a cross-sectional study. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 76, n. 6, p. 367-372, jun. 2018.
- VIEIRA, L. B.; CASSIANI, S. H. B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. **Rev Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 195-202, maio/jun. 2014.

VIOLLET, B.; FORETZ, M. Revisiting the mechanisms of metformin action in the liver. **Ann Endocrinol**, Paris, v. 74, n. 2, p. 123-129, May. 2013.

VULETIC, V. et al. Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. **Acta Clin Croat**, Zagreb, v. 51, n. 2, p. 243-246, Jun. 2012.

WAKI, S. M. et al. A new susceptibility locus for myocardial infarction, hypertension, type 2 diabetes mellitus, and dyslipidemia on chromosome 12q24. **Dis Markers**, Chichester, v. 291419, p. 1-10, Jun. 2014.

WANG, D. Q. Regulation of intestinal cholesterol absorption. **Annu Rev Plant Physiol**, Palo Alto, v. 69, p. 221-248. 2007.

WEBSTER, J. et al. Once daily amlodipine in the treatment of mild to moderate hypertension. **Br J Clin Pharmacol**, London, v. 24, n. 6, p. 713-719, Dec. 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on obesity**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global burden of stroke**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular diseases/en/cvd atlas 15 burden stroke.pdf?ua=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.176 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neurological disorders:** public health challenges. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental health/neurology/neurological disorders report web.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization, 1995. 452 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The safety of medicines in public health programmes:** pharmacovigilance an essential tool. Geneva: World Health Organization, 2006. 60 p.

Yi, Z. M.; Liu, F.; Zhai, S. D. Fluoxetine for the prophylaxis of poststroke depression in patients with stroke: a meta-analysis. **Int J Clin Pract**, Oxford, v. 64, n. 9, p. 1310–1317, Aug. 2010.



ANEXOS

Anexo 1 - Parecer CEP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estilo de vida, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes com alteração

de linguagem pós Acidente Vascular Cerebral

Pesquisador: BARBARA CASARIN HENRIQUE SANCHES

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 77278117.0.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.505.519

Apresentação do Projeto:

Projeto voltado para investigação de efeitos colaterais relacionados ao consumo de medicamentos diversos, muitas vezes sem prescrição médica.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a relação entre estilo de vida, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, polifarmácia e interações medicamentosas em pacientes adultos/idosos pós AVC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mínimos, relacionados ao preenchimento de questionários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, de interesse da sociedade e com alto potencial de gerar benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram adequados em acordo com recomendações deste CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, todas as recomendações deste CEP foram atendidas.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA
UF: SP Município: BAURU CEP: 17.012-901

Municipio: BAURU

Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Pesquisador Responsável

Página 1 de 2

Anexo 2 - TCLE participante



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, com o título "ESTILO DE VIDA, POLIFARMÁCIA E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL" está sendo desenvolvida com finalidade de obter maior conhecimento sobre a relação do estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e o uso de medicamentos em pacientes que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), e permitirá que estratégias terapêuticas venham a ser mais adequadas para tais pacientes.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo principal investigar os pacientes quanto suas características biosocioeconômicas, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis, uso de medicações e interações medicamentosas.

Serão convidados a participar desta pesquisa pacientes que estejam em terapia fonoaudiológica na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, com alterações de linguagem em decorrência do AVC.

Para este estudo, a pesquisa constará de 3 questionários com perguntas sobre informações bio-socioeconômicas, estilo de vida como hábito alimentares, uso de tabaco, álcool, sedentarismo, doenças crônicas não transmissíveis e medicamentos utilizados diariamente. Para responder aos questionários será necessário apenas um encontro de aproximadamente 20 minutos.

O possível desconforto que poderá causar ao senhor (a) nesta pesquisa se refere ao tempo de aplicação do questionário.

Quanto aos benefícios, ela contribuirá para melhor entendimento da relação ao estilo de vida, uso de medicamentos diários e as interações medicamentosas que possam ocorrer em pacientes vítimas de AVC. Além disso, os participantes que apresentarem resultados relevantes referente a risco de desenvolvimento de doenças e complicações relacionados aos hábitos alimentares serão encaminhados a atendimento nutricional, com nutricionista membro do grupo de pesquisa. Quanto ao uso de medicações, serão traçados possíveis riscos relacionados ao uso de putitiplos medicamentos e todos os participantes receberão um plano terapêutico individual com orientações sobre forma de armazenamento, melhor horário e forma de administração das medicações.

Está pesquisa será realizada nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru em dias e horários previamente agendados.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

O (a) Senhor (a) tem o direito de se manter atualizado sobre resultados da pesquisa, não havendo despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os resultados deste estudo serão publicados para divulgação em meio científico e todas as amostras coletadas poderão ser utilizadas para outras análises em outros estudos, mas com a segura garantia de que não será revelada qualquer identidade e que todas as informações são confidenciais, o que não oferecerá riscos a sua dignidade, nem a saúde física ou emocional.

Caso o senhor aceite participar, reitera-se que uma das vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o participante.

Desde já agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para mais esclarecimentos que julgar necessários. Se restar alguma dúvida, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Barbara Casarin Henrique Sanches pelos telefones (14) 3010-4855 e (16) 988715676. Caso queira apresentar alguma denúncia e/ou reclamação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - FOB/USP, à Alameda Dr. Octavio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14) 3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br. Caso queira registrar a reclamação ou denúncia ao CONEP (comissão Nacional de Ética em Pesquisa), entre em contato vae mail (cns@saude.gov.br), ou através dos telefones (61) 3315-3927/3315-2472.

Página 2 de 2



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

Pelo	presente	instrumento	que	atende	às	exigências	legas,	0	Sr.(a)
neste profissi submet COSNG Fica cla LIVRE prestad de Étic response contido nº466 c (uma v	onais em se ido, não resta CENTIMENTO aro que o parti E ESCLAREO las tornar-se- a dos Profiss sável pela pes s nos itens IV de dezembro o Por estarmos ia para o parti áginas e assin	CONSCENTIME us mínimos de ando quaisquer o LIVRE E ESC icipante da peso CIDO e deixar de ao confidenciais sionais de Enfe squisa, DECLAF //3 e IV.4, este	etalhes, dúvidas CLAREC juisa, po e particip e guard rmagem RO o cui último se m o pre juisa e o	VRE E ES ciente dos a respeito IDO conco de a qualquo par desta per dadas por for (Res.COF) e pertinente e pertinente e sente termoutra para o	scLARE serviç do lido rdando ier mon esquisa orça de EN 31 dispost , item l o firma pesqui	os e procedir e explicado, [em participar nento retirar se e ciente de que sigilo profission (1/2007)). Por o na Resolução V.5a e na interior duas isador) que sei	amente eximentos aos DECLARA da pesqueu CONSCI ue todas as onal (Art. 8 fim, como o CNS nº o CNS nº ogra com re vias igualr rão rubricas	es co plicac s qui e FIF isa p ENT s info 2º do pes 466 d soluç mente das e	do pelos ais será RMA seu proposta. IMENTO rmações o Código quisador de 2012, ção CNS e válidas em todas
Bauru,	SP,	de		de_					
Assinat	ura do Partici _l	pante da Pesqu	sa	ī	Barbara	Casarin Henri	ique Sanch	es	
O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.									
Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:									
Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 Telefone/FAX(14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br									

Anexo 3 - TCLE familiar/responsável





Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, com o título "ESTILO DE VIDA, POLIFARMÁCIA E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL" está sendo desenvolvida com finalidade de obter maior conhecimento sobre a relação do estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e o uso de medicamentos em pacientes que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), e permitirá que estratégias terapêuticas venham a ser mais adequadas para tais pacientes. Sua participação é justificada pela possibilidade de que o participante acometido pelo AVC esteja sob sua curatela ou não tenha mobilidade manual preservada para realizar a assinatura deste termo.

Serão convidados a participar desta pesquisa pacientes que estejam em terapia fonoaudiológica na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, com alterações de linguagem em decorrência do AVC.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo principal investigar os pacientes quanto suas características biosocioeconômicas, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis, uso de medicações e interações medicamentosas.

Todas as informações são confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e endereço. Sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie.

Caso concorde, o(a) senhor(a) será solicitado a responder 3 questionários com perguntas sobre informações bio-socioeconômicas, estilo de vida como hábito alimentares, uso de tabaco, álcool, sedentarismo, doenças crônicas não transmissíveis e medicamentos utilizados diariamente pelo indivíduo acometido pelo AVC. Portanto, é importante que o(a) senhor(a) conheça o histórico do sujeito. Para responder aos questionários será necessário apenas um encontro de aproximadamente 20 minutos.

O possível desconforto que poderá causar ao senhor (a) nesta pesquisa se refere ao tempo de aplicação do questionário.

Quanto aos benefícios, ela contribuirá para melhor entendimento da relação ao estilo de vida, uso de medicamentos diários e as interações medicamentosas que possam ocorrer em pacientes vítimas de AVC. Além disso, os participantes que apresentarem resultados relevantes referente a risco de desenvolvimento de doenças e complicações relacionados aos hábitos alimentares serão encaminhados a atendimento nutricional, com nutricionista membro do grupo de pesquisa. Quanto ao uso de medicações, serão traçados possíveis riscos relacionados ao uso de múltiplos medicamentos e todos os participantes receberão um plano terapêutico individual com orientações sobre forma de armazenamento, melhor horário e forma de administração das medicações.

Está pesquisa será realizada nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru em dias e horários previamente agendados.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

O (a) Senhor (a) tem o direito de se manter atualizado sobre resultados da pesquisa, não havendo despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os resultados deste estudo serão publicados para divulgação em meio científico e todas as amostras coletadas poderão ser utilizadas para outras análises em outros estudos, mas com a segura garantia de que não será revelada qualquer identidade e que todas as informações são confidenciais, o que não oferecerá riscos a sua dignidade, nem a saúde física ou emocional.

Página 2 de 3

Participante da Pesquisa

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Pesquisadora Principal

Departamento de Fonoaudiologia

Caso o senhor aceite participar, reitera-se que uma das vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o participante Desde já agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para mais esclarecimentos que julgar necessários. Se restar alguma dúvida, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Barbara Casarin Henrique Sanches pelos telefones (14) 3010-4855 e (16) 988715676. Caso queira apresentar alguma denúncia e/ou reclamação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - FOB/USP, à Alameda Dr. Octavio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14) 3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br. Caso queira registrar a reclamação ou denúncia ao CONEP (comissão Nacional de Ética em Pesquisa), entre em contato vae mail (cns@saude.gov.br), ou através dos telefones (61) 3315-3927/3315-2472. presente instrumento atende exigências portador da célula de identidade responsável pelo portador da cédula de identidade (a) após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu COSNCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 82º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Res.COFEN 311/2007)). Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5a e na íntegra com resolução CNS nº466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo firmando em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas suas páginas e assinadas ao término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº466 de 2012, itens IV.3f e IV.5.d. de Assinatura do Responsável pelo Barbara Casarin Henrique Sanches

Página 3 de 3



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **14hs às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária - Bauru - SP - CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

Anexo 4 – QSAVI-AVC

Questionário auto-referido sobre condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares encefálico Bassi AKZ, Caldana M L						
Local: Examinador:	Data://					
IDENTIFICAÇÃO E DA						
Nome:	Ocupação:					
Género: () M () F	Escolaridade:					
Naturalidade/ Estado: Tempo que reside neste município (em anos):	Até que etapa de escolarização você concluiu? () Nenhuma					
Data de Nascimento: Idade:	() Ensino fundamental: 1" ao 5" ano (1" a 4" série)					
Categoria idade: () 30 a 45	() Ensino fundamental: 6° ao 9° ano (5° a 8° série)					
Como você se considera: () Branco () Negro () Pardo/ Mulato	() Ensino médio () Educação superior () Pós-graduação					
() Amarelo (de origem oriental)	Até que etapa de escolarização seu pai concluiu?					
() Indigena (origem indigena) Peso aproximado	() Nenhuma					
Altura aproximada:	() Ensino fundamental: 1" ao 5" ano (1" a 4" série) () Ensino fundamental: 6" ao 9" ano (5" a 8" série)					
Bairro de procedência	() Ensino médio					
Zona: () Norte () Central () Sul	() Educação superior () Pós-graduação					
() Leste () () Outra: Qual seu estado civil:	Até que etapa de escolarização sua mãe concluiu?					
() Solteiro () Casado () Viúvo	() Ensino fundamental: 1" ao 5" ano (1" a 4" sèrie)					
() Separado judicialmente/divorciado () Outro Qual a renda total de sua familia, incluindo seus rendimentos	() Ensino fundamental: 6° ao 9° ano (5° a 8° série)					
()A ()B ()C ()D ()E ()F ()G ()H	() Ensino médio () Educação superior () Pós-graduação					
CONDIÇÕES DE SAÚDE E	HABITOS DE VIDA					
Me considero sedentário O-() nada 1-() muito pouco 2-() medio 3-() muito 4-() extremamente	24- Consumo carboidratos 0-(jnada 1-(jmuto pouco 2-(jmédo 3-(jmuto 4-(jextremamente					
2- Considero meu trabalho cansativo e estressante	25- Consumo mais alimentos fritos do que cozidos ou assados					
0-() nada 1-() muto pouco 2-() médio 3-() muto 4-() extremamente	0-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
3- Minha carga horâria de trabalho é grande 0-() nada 1-() muto pouco 2-() médio 3-() muto 4-() extremamente	26- Consumo açúcar nas refeições 0-(inada 1-(inuito pouco 2-(inedo 3-(inuito 4-(iextremamente					
4- Estou acima do peso	27- Consumo alimentos fritos					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente 5- Me considero nervoso e irritado	0-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
6-() nada 1-() multo pouco 2-() medio 3-() multo 4-() extremamente	28- Conheço os fatores que podem causar um AVE					
6- Sinto ou sentia taquicardia	0-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
O-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muto 4-() extremamente 7- Sinto ou sentia formigamentos nos braços, pernas quando fico nervoso	29- Considero minha dieta balanceada (balanceada/ light/ diet) 0-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() medio 3-() muito 4-() extremamente	30- Consumo legumes					
8- Eu tenho/tive diabetes	0-()nada 1-()multo-pouco 2-()medio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() medio 3-() muito 4-() extremamente 9- Eu tenho ou tive hipertensão	31- Consumo carnes brancas (peixe, frango) 0-()nada 1-()muito pouco 2-()medio 3-()muito 4-()extremamente					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() médio 3-() multo 4-() extremamente	32- Consumo verduras					
10- Eu tenho ou tive problemas circulatórios	0-()nada 1-()multo-pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() médio 3-() multo 4-() extremamente 11- Eu tenho ou tive problemas cardiacos	33- Consumo frutas 9-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() medio 3-() multo 4-() extremamente	34- Consumo água					
12- Eu jà tive episódios de inicio de AVE	0-(ynada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() medio 3-() multo 4-() extremamente 13- Eu tenho ou tive dores de cabeça	35- Consumo sucos 0-()nada 1-()muito pouco 2-()medio 3-()muito 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muto 4-() extremamente	36- Consumo mais sucos e água do que refrigerante					
14- Eu bebo ou já bebi	0-(ynada 1-()multo-pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muto 4-() extremamente 15- Eu fumo ou já fumei cigarros	37- Procuro ter uma dieta saudável 0-()nada 1-()muito pouco 2-()médo 3-()muito 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	38- Realizo atividades físicas regulares					
16- Utilizo (ou já utilizel) bebidas alcoólicas e fumo juntos:	0-()nada 1-()multo pouco 2-()medio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() medio 3-() muito 4-() extremamente 17- Consumo sal nos alimentos	39- Tenho condicionamento fisico 0-(nada 1-(muito pouco 2-(médo 3-(muito 4-(extremamente					
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	40- Pratico algum esporte por prazer/hobbie					
18- Consumo refrigerante	0-(jnada 1-()multo-pouco 2-(jmédio 3-()multo 4-(jextremamente					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() médio 3-() multo 4-() extremamente 19- Consumo carnes vermelhas	41- Faço acompanhamento médico. Por que? 0-(inada 1-(imuto pouco 2-(imédio 3-(imuto 4-(jextremamente					
0-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muito 4-() extremamente	42- Recentemente tenho hábitos alimentares saudáveis					
20- Consumo leite e derivados	0-()nada 1-()multo pouco 2-()médio 3-()multo 4-()extremamente					
0-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muto 4-() extremamente 21- Eu tenho ou tive "colesterol", "triglicerideos" e/ou niveis de glicose	43- Recentemente tenho hábitos de vida saudáveis 0-()nada 1-()muito pouco 2-()médio 3-()muito 4-()extremamente					
alterados						
0-() nada 1-() muto pouco 2-() medio 3-() muto 4-() extremamente 22- Eu utilizo alguns medicamentos para doenças cardiacas, circulatórias,	Necessidade de orientação e encaminhamentó:) Sim () Não Pontuação Pontuação Pontuação Pontuação					
metabólicas, colesterol, diabetes e/ou triglicerideos. Qual:	Parcial 1 Parcial 2 Total					
0-() nada 1-() multo pouco 2-() médio 3-() multo 4-() extremamente	Observações gerais:					
23- Tenho histórico familiar de doenças como "derrame", "aneurisma", "isquemia", problemas cardiacos (pais, avós, tios, irmãos)						
0-() nada 1-() multo pouco 2-() médio 3-() multo 4-() extremamente	1					

Anexo 5 - Doenças Crônicas Autorreferidas

	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? (nome comercial) QUAL?
1) Anemia	1	2	99	
2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99	
3) Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose)	1	2	99	
4) Asma ou bronquite	1	2	99	
5) Audição prejudicada	1	2	99	
6) Câncer Qual ?-	1	2	99	
7) DBPOC/enfisema (doença	1	2	99	
broncopulmonar)				
8) Diabetes Mellitus	1	2	99	
9) Depressão	1	2	99	
10) Derrame	1	2	99	
11) Doença cardíaca	1	2	99	
12) Doença Gastrointestinal Alta (úlcera,	1	2	99	
hérnia, refluxo)				
13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99	
14) Doença Neurológica	1	2	99	
(Parkinson/Esclerose)				
15) Hipertensão arterial	1	2	99	
16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99	
17) Obesidade	1	2	99	
18) Osteoporose	1	2	99	
19) Prisão de ventre	1	2	99	
20) Problemas de coluna	1	2	99	
21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	1	2	99	
22) Outras – Qual?	1	2	99	

Anexo 6 - Medicamentos Utilizados

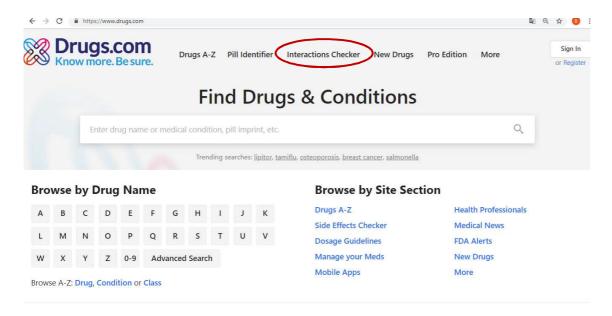
SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

GOSTARIA DE TOMAR NOTA DOS REMÉDIOS E OUTRAS COISAS QUE O(A) SR(A) ESTÁ TOMANDO OU USANDO ATUALMENTE.
PEÇA A RECEITA MÉDICA (SE HOUVER). SE NÃO, PERGUNTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MOSTRADO OU REFERIDO DA MESMA FORMA.

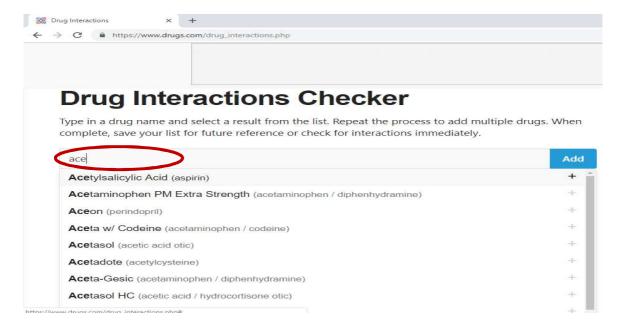
E	E.1 O(a) sr.(a) poderia me mostrar os que atualmente está usando ou to		NÃO	D TOMA MEDICAMENTOS	AND 101
Γ	E.2 LISTA DE REMÉDIOS	E.3	E.4	E.4a	E.5
	E.2.O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO? (COLOCAR O NOME GENÉRICO E O NOME COMERCIAL) ANOTE TODOS OS REMÉDIOS MOSTRADOS OU REFERIDOS	MÉDICO	O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA (em meses ou anos)? 2	APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO: comprimidos / drágeas1 cápsulas	COMO OBTEVE OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O C O M P R O U ? SISTEMA PÚBLICO (SUS)
	MEDICAMENTO OU REMÉDIO	RESPONSABILIDAD	E TEMPO	COMO TOMA	MODO DE OBTENÇÃO
	(Nome Comercial) (Nome Genérico)		MESES	TIPO QUANTIDADE N° VEZES/DIA PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO, TOMA: A MAIS () A MENOS ()	
	MEDICAMENTO OU REMÉDIO	RESPONSABILIDAD	E TEMPO	COMO TOMA	MODO DE OBTENÇÃO
1	(Nome Comercial) (Nome Genérico)		MESES	TIPO L	
2	(Nome Comercial) (Nome Generico)		MESES	TIPO L	
3	(Nome Comercial) (Nome Genérico)		MESES	TIPO LI QUANTIDADE N° VEZES/DIA PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO TOMA: A MAIS () A MENOS ()	

Anexo 7

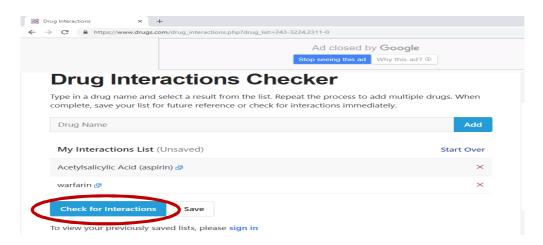
Passo 1 Acessar o site drugs.com e selecionar a opção interactions checker



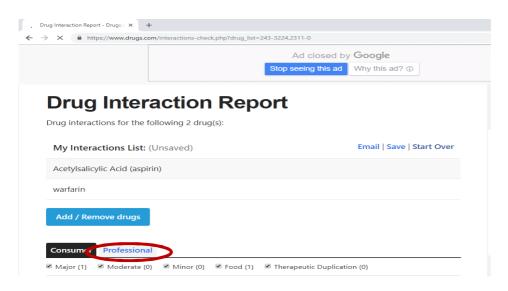
Passo 2 – Após selecionada a opção *Interactions Checker* e aceito os termos e condições, inserir o nome da medicação no idioma inglês, uma a uma.



Passo 3 Após escolhidas as medicações, clicar em Check for interaction



Passo 4 Após checadas as interações, para acesso ao relatório, clicar na opção de visualização *Professional*



Passo 5 O relatório de interações estará disponível, evidenciando o nível de interação e texto explicativo.

