

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Estudo do perfil farmacoterapêutico de pacientes diagnosticados com
Síndrome Pós-poliomielite atendidos em nível ambulatorial especializado**

MÔNICA DE SOUZA BRITO CONTI

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Estudo do perfil farmacoterapêutico de pacientes diagnosticados com
Síndrome Pós-poliomielite atendidos em nível ambulatorial especializado**

Dissertação apresentada por
Mônica de Souza Brito Conti para
obtenção do GRAU DE MESTRE em
Assistência Farmacêutica

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Porto Alegre
2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 26.09.2018, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Abrahão Augusto Joviniano Quadros

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Prof. Dr. Acary Souza Bulle Oliveira

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Prof^a. Dr^a. Isabela Heineck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

CIP - Catalogação na Publicação

Conti, Mônica de Souza Brito

Estudo do perfil farmacoterapêutico de pacientes diagnosticados com Síndrome Pós-poliomielite atendidos em nível ambulatorial especializado / Mônica de Souza Brito Conti. -- 2018.

246 f.

Orientador: Leonardo Régis Leira Pereira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Síndrome Pós-poliomielite. 2. Polifarmácia. 3. Adesão Terapêutica. 4. Automedicação. 5. Perfil Farmacoterapêutico. I. Pereira, Leonardo Régis Leira, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

A DEUS - YHWH, meu criador, redentor e mantenedor, por sua misericórdia se renovar a cada manhã e me amar incondicionalmente. Ao meu Deus eterno que deu a vida, sua graça, sabedoria e sustento a cada dia, que me ofertou esta pesquisa e esteve presente em cada passo dela abençoando e tornando-a possível; sempre colocando pessoas tão especiais em meu caminho. A ti, meu Deus, toda honra e glória.

Ao meu esposo Roberto Conti Júnior, pelo amor, cuidado e apoio incondicional, por ser fonte inesgotável de compreensão e paciência, e a pessoa que mais acredita e torce pelo meu sucesso enxergando mais além por mim; seu entusiasmo incansável me motivou nos momentos mais difíceis desta jornada. Você é o maior responsável por tudo, esta conquista também é sua. Amo você, Obrigada!

Aos meus Pais, Miguel e Irene, pelo amor e carinho oferecido desde sempre. Por me ensinarem valores e princípios evocados dos escritos sagrados; pelas orações, sacrifícios, esforços e impulsos que deram em toda a minha vida. Por serem minha base, amo-os muito, e me orgulho de ser filha de vocês.

Aos meus irmãos, Marcelo e Marcos, por me amarem, apoiarem; por nossa união, e acreditarem em mim. Vocês são presentes de Deus em minha vida. Amo vocês.

A toda minha família, meus sogros, cunhados e sobrinhos, pelo amor, orações, apoio, confiança e compreensão nos momentos em que não pude estar com vocês.

A tia Paula de Oliveira (*in memoriam*) por sempre me amar e orar por mim. Sua perda durante esta pesquisa foi inestimável, sinto sua falta!

Ao Prof. Dr. Abrahão A. J. Quadros, a Profa. Dra. Sílvia Cristina de Oliveira Quadros e a Profa. Dra. Seetuko de Andrade, não só, por me incentivarem a pesquisa e o conhecimento, mas por serem meu ponto em consulta de tudo o que é mais importante na vida; a ternura de vocês extrapola qualquer graduação.

A Claudete Munhoz pela amizade, o companheirismo e apoio fundamental nesta pesquisa: você foi uma incessante fonte de estímulos e combustível em todos os meus dias no ambulatório.

Aos pacientes desta pesquisa, pessoas tão especiais que sofreram no passado com a Poliomielite e agora vivenciam a Síndrome Pós-poliomielite, pela confiança, disponibilidade, paciência e aprendizado, e principalmente, por me ajudarem a enxergar o mundo de forma mais humana. Espero retribuir este presente com a busca pelo melhor cuidado a vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira, meu orientador, agradeço a oportunidade de ser sua aluna, de me integrar ao seu grupo de pesquisa, o aprimoramento e crescimento profissional potencializados ao seu lado. Agradeço as contribuições fundamentais para realização deste trabalho, por me acompanhar a cada momento, sempre disposto a ensinar; um exemplo de profissionalismo, dedicação, competência, conhecimento, honestidade, humildade e seriedade com o seu labor, muito além do saber científico: um exemplo a ser seguido. Obrigada por ter acreditado em mim e sem suas orientações, certamente este trabalho não seria possível.

Ao Prof. Dr. Acary Souza Bulle Oliveira, um exemplo de profissional e humano. Agradeço por aceitar e permitir que se realizasse a minha pesquisa no ambulatório sob sua tutela; por suas sugestões e orientações aprendi: sempre é possível unir conhecimento científico e profissionalismo com a boa vontade, humildade, compreensão e amor ao próximo. O estimo ao extremo.

Ao Prof. Dr. Abraão Augusto Joviniano Quadros, por acreditar e me fazer crer: posso! Agradeço por incentivar e apoiar meus primeiros passos na pesquisa científica; por me engajar no ambulatório, bem como pensarmos juntos esta pesquisa. Agradeço por ter aberto as portas e viabilizado a investigação; sou eternamente grata por seus conselhos, orientações, sugestões, amizade e disposição por mim.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) pela bolsa fornecida.

Ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que apesar da distância pulverizou o conhecimento até longe terra: propiciaram a realização de meu sonho.

Aos Professores que participaram da minha formação acadêmica: agradeço por contribuírem com a vida de vocês através das palavras.

A Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM).

Ao Setor de Investigação de Doenças Neuromusculares da UNIFESP/EPM.

A Profa. Dra. Sílvia Cristina de Oliveira Quadros por desbravar e apontar o caminho da área acadêmica, e realizar a revisão linguística desta pesquisa.

A Dra. Muriele Lobato Brito pelos conselhos e contribuição em minha peregrinação acadêmica.

A Profa. Esp. Letícia Simões pelo afeto, apoio e contribuições fundamentais para esta pesquisa. Sua disposição em me acolher só pode expressar parte de sua grandiosidade.

A Profa. Ms. Monalisa Motta, pela amizade, disposição, contribuição e apoio.

A Esp. Indyanara Albino Assunção, pelo ombro amigo, palavras de incentivo, apoio e contribuições ao longo desta pesquisa.

A equipe multidisciplinar do Ambulatório de Investigação de Doenças Neuromusculares – Setor Síndrome Pós-poliomielite da UNIFESP/EPM pela amizade, colaboração, parceria e apoio.

Aos Amigos do CPAFF – Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica, por me receberem com carinho, em especial, a Marília pelo exemplo de profissionalismo, ensinamentos, paciência e prontidão em me ajudar, e realizar a análise estatística desta pesquisa.

A Erika, Alyne, Alessandra, Iara, Dione, Paula, agradeço pelo carinho, orações, alegrias e apoio, mais do que nesta particular jornada, e sim na longa caminhada da vida.

A todos que de alguma forma contribuíram para esta pesquisa: apesar de não mais vistos, jamais esquecidos.

*“Desde os tempos antigos
ninguém ouviu,
nenhum ouvido percebeu,
e olho nenhum viu
outro Deus,
além de ti,
que trabalha para aqueles que nele esperam”.*

(Livro do Profeta Isaías 64:4)

RESUMO

CONTI, Mônica de Souza Brito. **Estudo do perfil farmacoterapêutico de pacientes diagnosticados com Síndrome Pós-poliomielite atendidos em nível ambulatorial especializado**. 2018. 232f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Estudos apontam que um grande número de indivíduos acometidos pela Poliomielite é exposto a uma manifestação tardia, chamada Síndrome Pós-poliomielite (SPP). Considerada uma neuropatia motora, a SPP é caracterizada por um novo quadro sintomatológico - resultando em uma diminuição da capacidade funcional e/ou no surgimento de novas incapacidades. Como medida terapêutica é observada a utilização de medicamentos – parte integrante do plano de assistência ao paciente quanto a sintomatologia; porém, percebe-se também a utilização de diversos fármacos para outros problemas de saúde. Assim, não rara, é a possibilidade de interações medicamentosas, reações adversas, não adesão ao tratamento medicamentoso e a automedicação nessa população. Nesse contexto, investigou-se o perfil farmacoterapêutico desses pacientes por meio de um estudo descritivo, com desenho transversal. Foram entrevistados 150 pacientes com diagnóstico de SPP, e aplicou-se um formulário e o teste Morisky-Green, previamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Esses instrumentos forneceram dados sociodemográficos, clínicos, farmacoterapêuticos e a adesão terapêutica, que posteriormente foram tratados no programa *Statistical Package for Social Sciences* por meio do teste de Chi-quadrado para verificar possível associação estatística. A média de idade foi de 53 anos, com média de idade na Pólio de 1,8 anos, e uma média de intervalo da Pólio e o início da SPP de 44,7 anos, sendo maioria feminina (74%), brancos (74%), casados (68,7%), com ≥ 13 anos de estudo (42,6%) e uma maioria possuindo renda (93,3%). Nova fraqueza muscular presente como requisito de inclusão, dor muscular (90%), dor articular (90%), fadiga (86%); distúrbio do sono (74,7%), que apresentaram outros problemas de saúde além da SPP (96%), com média de 4 problemas/paciente, sendo a Hipertensão arterial mais prevalente (45%). Os pacientes utilizaram até 14 medicamentos, com média de 5 medicamentos/paciente – configurando Polifarmácia – presente em 52% destes; 72,6% dos pacientes entrevistados utilizaram medicamentos que atuam no sistema nervoso, 76,6% não aderiram ao tratamento medicamentoso e 95% dos pacientes se automedicam, com prevalência no uso de analgésicos. Ao analisar os números de medicamentos utilizados com prescrição, também os sem prescrição médica, o número de problemas de saúde e a adesão terapêutica, constatou-se associação estatística significativa com as variáveis: “gênero feminino”, “problemas de saúde”, “não fumante”, “não utilizar medicamentos conforme prescrição médica”, “possuir característica clínica de distúrbio do sono e intolerância ao frio”, e “ter sido acometido pela Pólio entre ≥ 1 a < 2 anos de idade”. Diante das evidências desse perfil apresentado, torna-se relevante estratégias e ações de saúde no uso de medicamentos, a fim de proporcionar uma farmacoterapia necessária, segura, efetiva e racional com vista a uma melhor qualidade de vida para essa população.

Palavras-chave: Síndrome Pós-poliomielite. Perfil farmacoterapêutico. Medicamentos. Problemas de saúde. Adesão Terapêutica. Automedicação.

Abstract

CONTI, Mônica de Souza Brito. **Study of the pharmacotherapeutic profile of patients diagnosed with post-polio syndrome attended at a specialized outpatient level.** 2018. 232f. Dissertation (Master in Pharmaceutical Assistance) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Studies indicate that a large number of individuals affected by poliomyelitis is exposed to a late manifestation, called Post-Polio Syndrome (PPS). Considered a motor neuronopathy, PPS is characterized by a new symptomatological setting - resulting in a decrease in functional capacity and/or in the emergence of new disabilities. As a therapeutic measure, the use of medication - an integral part of the patient care plan for symptomatology – it is observed; however, the use of several drugs for other health problems is also noticed. Thus, the possibility of drug interactions, adverse reactions, non adherence to drug treatment and self-medication in this population is not uncommon. In this context, the pharmacotherapeutic profile of these patients was investigated through a descriptive cross-sectional study, interviewing 150 patients diagnosed with PPS, and applying a survey form and the Morisky-Green test, previously approved by the ethics and research committee of Universidade Federal de São Paulo /Escola Paulista de Medicina. Instruments provided sociodemographic, clinical, pharmacotherapeutic and therapeutic adherence data, which were later analyzed in the Statistical Package for Social Sciences program by means of the Chi-square test to verify the possibility of statistical association. The mean age was 53 years, with a mean age in Polio of 1.8 years, and a mean interval of Polio and the beginning of the PPS of 44.7 years, the majority was women (74%), whites (74%), married (68.7%), with ≥ 13 years of study (42.6%) and a majority having an income (93.3%). New muscle weakness as inclusion requirement, muscular pain (90%), joint pain (90%), fatigue (86%); (74.7%), Presence of other health problems besides PPS (96%), with an average of 4 problems/patient, hypertension being more prevalent (45%). The patients used up to 14 medications, with an average of 5 medications/patient - configuring Polypharmacy - present in 52% of the patients; 72.6% of the interviewed patients used drugs that act on the nervous system, 76.6% did not adhere to the drug treatment and 95% of the patients self-medicated, with a prevalence of analgesic use. When analyzing the numbers of medications used with prescription, also the ones without medical prescription, the number of health problems and the therapeutic adherence, a statistically significant association with the variables was found: "female gender", "health problems", "non-smoker", "no use of prescription", "have a clinical characteristic of sleep disorder and cold intolerance" and "have been affected by polio between ≥ 1 and < 2 years of age". In the face of the evidence of this profile presented, health strategies and actions in the use of drugs become relevant in order to provide a necessary, safe, effective and rational pharmacotherapy with a view to a better quality of life for this population.

Keywords: Post-Polio Syndrome. Pharmacotherapeutic Profile. Medications. Health Problems. Therapeutic Adherence. Self-Medication.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Imagem da planilha com dados sociodemográficos, econômicos, antropométricos, clínicos, adesão terapêutica, hábitos relacionados a saúde, entre outras variáveis.....48
- Figura 2 - Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos prescritos em uso.....48
- Figura 3 - Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos prescritos que não foram utilizados ou seu uso foi suspenso sem autorização médica nos últimos 30 dias.....49
- Figura 4 - Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos não prescritos (automedicação)50
- Figura 5 - Fluxograma da seleção dos pacientes com síndrome Pós-poliomielite para inclusão no estudo..... 52
- Figura 6 - Distribuição de outros problemas de saúde concomitantes com a Síndrome Pós-poliomielite entre os pacientes incluídos no estudo.....71
- Figura 7 - Distribuição dos medicamentos prescritos para os sintomas da Síndrome Pós-poliomielite entre os pacientes incluídos no estudo.....84
- Figura 8 - Distribuição dos medicamentos prescritos para os problemas de Saúde concomitantes a SPP entre os pacientes incluídos no estudo..... 89
- Figura 9 - Distribuição da não utilização/suspensão do tratamento prescrito sem autorização médica nos últimos 30 dias entre os pacientes incluídos no estudo.....109
- Figura 10 - Distribuição do uso de medicamentos sem prescrição médica (automedicação) entre os pacientes incluídos no estudo.....124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para a Síndrome Pós-poliomielite.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e econômicas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo	52
Tabela 2 -	Idade, idade na Pólio, faixa etária, idade do início da SPP e o intervalo entre a Pólio e a SPP dos pacientes do estudo.....	57
Tabela 3 -	Características antropométricas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	60
Tabela 4 -	Características clínicas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	61
Tabela 5 -	Alergias a medicamentos relatadas pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	65
Tabela 6 -	Complicações no pós-operatório entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	66
Tabela 7 -	Hábitos relacionados a Saúde dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	67
Tabela 8 -	Problemas de saúde concomitantes a Síndrome Pós-poliomielite dos pacientes incluídos no estudo.....	71
Tabela 9 -	Características sobre a orientação, conhecimento, uso e reações adversas dos medicamentos prescritos aos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	78
Tabela 10 -	Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal)	80

Tabela 11 - Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico)	82
Tabela 12 - Sintomas da SPP que tiveram medicamentos prescritos relatados pelos pacientes incluídos no estudo.....	85
Tabela 13 - Distribuição dos medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	85
Tabela 14 - Problemas de saúde concomitantes a SPP que tiveram medicamentos prescritos relatados pelos pacientes incluídos no estudo.....	90
Tabela 15 - Distribuição dos medicamentos prescritos para outros problemas de saúde utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	90
Tabela 16 - Associação entre a Polifarmácia – o número de medicamentos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse.....	94
Tabela 17 - Associação entre poli problema – número de problemas de saúde concomitantes a SPP dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse.....	99
Tabela 18 - Adesão à farmacoterapia prescrita para a sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com o TMG.....	106
Tabela 19 - Comportamento da não adesão terapêutica entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo que responderam as 6 questões do TMG.....	107

Tabela 20 - Perfil de repostas afirmativas do TMG entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo que responderam as 6 questões do TMG	107
Tabela 21 - Características sobre os medicamentos que foram suspensos o uso sem autorização médica e/ou não comprados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	110
Tabela 22 - Fatores relacionados para a suspensão e/ou não utilização do tratamento prescrito sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	110
Tabela 23 - Reações adversas relatadas dos medicamentos que foram suspensos e/ou não utilizados sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	111
Tabela 24 - Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal).....	112
Tabela 25 - Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico).....	112
Tabela 26 - Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	113
Tabela 27 - Associação entre a Adesão Terapêutica dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse.....	118

Tabela 28 - Fator motivador para a utilização de medicamentos sem prescrição médica (automedicação) relatados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.....	125
Tabela 29 - Características sobre o uso dos medicamentos sem prescrição médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo	126
Tabela 30 - Distribuição dos medicamentos sem prescrição utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal)	128
Tabela 31 - Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico)	128
Tabela 32 - Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo	130
Tabela 33 - Associação do uso de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação) pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse.....	133
Tabela 34 - Associação entre o número de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação) utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse.....	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatório não esteroides
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DP	Desvio Padrão
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRMs	Problemas Relacionados a Medicamentos
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
SPP	Síndrome Pós-Poliomielite
TMG	Teste Morisky-Green
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP/EPM	Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	POLIOMIELITE	27
1.2	SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE	28
1.3	TERAPIA MEDICAMENTOSA.....	31
2	JUSTIFICATIVA	35
3	OBJETIVOS	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4	MÉTODOS	41
4.1	CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	41
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	41
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	42
4.4	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL.....	43
4.4.1	Primeira fase – Construção do instrumento de coleta de dados	43
4.4.2	Segunda fase – Submissão e aprovação do estudo junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP)	46
4.4.3	Terceira fase – Realização do projeto piloto	46
4.4.4	Quarta fase – Coleta de dados com a aplicação da versão final do formulário para os pacientes participantes da pesquisa	47
4.4.5	Quinta fase: Dados registrados e suas análises	47
4.4.5.1	Registro de dados.....	47
4.4.5.2	Análise dos dados.....	50
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS PACIENTES DO ESTUDO.....	52
5.2	CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES DO ESTUDO.....	60
5.3	HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE DOS PACIENTES DO ESTUDO	67

5.4	PROBLEMAS DE SAÚDE CONCOMITANTES A SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE.....	71
5.5	PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS PACIENTES DA PESQUISA	76
5.5.1	Medicamentos Prescritos para a sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde.....	76
5.5.1.1	Orientação, conhecimento e o uso dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde.....	78
5.5.1.2	Classificação dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde de acordo com o sistema ATC.....	80
5.5.1.3	Medicamentos prescritos para Sintomatologia da SPP.....	84
5.5.1.4	Medicamentos prescritos para outros problemas de saúde concomitantes com a SPP.....	89
5.5.1.5	Associação entre o número de medicamentos utilizados (Polifarmácia) e o número de problemas de saúde concomitantes a SPP (Poli problema) com as demais variáveis independentes do estudo.....	93
5.5.2	Adesão Terapêutica dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde.....	104
5.5.2.1	Comportamento da não adesão Terapêutica dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde concomitantes a SPP.....	106
5.5.2.2	Medicamentos prescritos nos últimos 30 dias que não foram utilizados ou suspensos sem autorização médica.....	108
5.5.2.3	Associação das variáveis independentes com a variável dependente Adesão Terapêutica.....	116
5.5.3	Medicamentos não prescritos – Automedicação.....	122
5.5.3.1	Fatores que motivam o uso de medicamentos sem prescrição média (Automedicação)	124
5.5.3.2	Utilização e classificação dos medicamentos não prescritos (Automedicação)	126
5.5.3.3	Associação das variáveis independentes do estudo com o uso e quantidade de medicamentos sem prescrição médica – Automedicação	132
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143

7	CONCLUSÃO.....	145
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICE.....	167
	ANEXOS.....	237

1 INTRODUÇÃO

1.1 POLIOMIELITE

Entre as doenças neuromusculares, a Poliomielite anterior aguda, também chamada de Pólio ou Paralisia infantil, ainda escreve um capítulo cinzento na história humana. O termo que deriva do grego *πολιός* (poliós) que significa “cinza”; *μυελός* (myelós) que significa medula – referindo-se à substância cinzenta da medula espinhal; e o sufixo *ιτις* (itis), que denota “inflamação” (MANIATOGLOU, 2013), é uma doença infectocontagiosa aguda, originada pelo Poliovírus, agente causador de sérias lesões neuronais motoras. Até a década de 1960, representou a maior causa de paralisia motora e óbito em crianças e adultos jovens em todo o mundo, sendo considerada uma das doenças infantis mais temidas do século XX (SHEPHERD; SIMSOLO; VERONESI, 1976; JUBELT; DRUCKER, 1999).

Por se tratar de uma doença viral, tipicamente sob a forma bifásica, apresenta um quadro clínico de cefaleia, febre e sintomas gastrointestinais, seguidos de comprometimento dos neurônios motores da medula espinhal, ocasionando paralisia, geralmente, predominante nos membros inferiores, sob forma assimétrica e desproporcional (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002). Como a progressão da paralisia, usualmente, cessa em poucos dias, há um período de estabilidade e, alguns músculos paralisados podem recuperar-se pelo processo de reinervação ou por recuperação dos motoneurônios pouco lesados (HORSTMANN, 1963; SHEPHERD; SIMSOLO; VERONESI, 1976).

A Pólio, felizmente, foi erradicada em quase todo o mundo desde o final dos anos 1990, mas ainda apresenta os seus efeitos sequelantes visíveis (HULL et al., 1997). Além da desfiguração humana, o ponto mais obscuro da doença é que um grande número de indivíduos está exposto a uma manifestação tardia, a chamada Síndrome Pós-poliomielite (SPP) (JUBELT; CASHMAN, 1987; HALSTEAD, 1991). A SPP, uma desordem neurológica caracterizada por nova fraqueza muscular e/ou fatigabilidade muscular anormal, possui prevalência variada, podendo chegar a 70% dos sobreviventes (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002).

1.2 SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE

Essa síndrome é conhecida como uma doença do neurônio motor de caráter degenerativo e progressivo, com seu advento, no mínimo, após 15 anos de estabilidade da infecção aguda da Poliomielite, sendo caracterizada principalmente, por três sintomas: nova fraqueza muscular, fadiga e dor (DALAKAS, 1995a; GAWNE; HALSTEAD, 1995; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006a). Essa nova fraqueza muscular afeta geralmente os músculos previamente mais comprometidos, mas também, pode afetar a musculatura aparentemente normal, estando acompanhada ou não de fadiga e dor muscular e/ou articular (HALSTEAD, 1991; DALAKAS, 1995a).

Embora não se conheça totalmente a etiologia, a degeneração de um grande número de fibras musculares inervadas pelo mesmo neurônio motor, é uma das teorias mais aceitas. As chamadas unidades motoras remanescentes, que se formaram após a fase aguda da Poliomielite, tornaram-se sobrecarregadas com o passar dos anos, pois o neurônio torna-se responsável pela inervação de um número muito maior de fibras em comparação com o que ele faria em condições normais. Dessa maneira, esses neurônios tornaram-se fatigados, levando a degeneração da unidade motora, gradual desnervação das fibras musculares e ocasionando defeitos na transmissão neuromuscular, assim resultando à perda progressiva da força muscular (HALSTEAD, 1991; DALAKAS, 1995a; DALAKAS, 1995b; OLIVEIRA; MAYNARD, 2002).

Uma outra teoria, que tem sido defendida, está relacionada à Disfunção Mitocondrial – admite-se que a perda da força muscular é resultado das interferências da ação mitocondrial no músculo e, possivelmente, no nervo. Entende-se que há uma deficiência da mitocôndria em não produzir energia suficiente para a célula, presumivelmente, devido a mudança do balanço hormonal, mediado pelo hipotálamo e outras áreas do tronco cerebral que foram, provavelmente, afetadas pelo poliovírus na infecção aguda (BODIAN, 1972; JUBELT; CASHMAN, 1987; MATTSON; GLEICHMANNI; CHENG, 2008; MOTTA, 2017).

Entretanto, expostos a fatores de estresse, como “supertreinamento”, esses motoneurônios sobreviventes podem apresentar alterações fisiológicas, reduzindo a velocidade de condução nervosa ou podem também apresentar degeneração precoce – Teoria “*overuse*”, caracterizada pelo uso excessivo dos neurônios motores

sobreviventes ao longo dos anos, causando uma desintegração dos axônios terminais e uma demanda metabólica intensa, levando a uma exaustão prematura e morte do neurônio motor (HALSTEAD; ROSSI, 1987; HALSTEAD, 1988; AGRE; RODRIGUEZ, 1990).

Diante disso, crer em uma combinação de várias teorias (o desuso muscular, o “*overuse*” musculoesquelético, degeneração –“disfunção” das unidades motoras e a disfunção mitocondrial) seria uma das hipóteses mais aceitas, levando a um ciclo vicioso entre os sintomas de fadiga, fraqueza, dores musculares e articulares, câibras, atrofia e ganho de peso (DALAKAS et al., 1986; HALSTEAD, 1988; DALAKAS; ILLA, 1991; GAWNE; HALSTEAD, 1995).

O diagnóstico clínico da SPP é feito por exclusão e requer distinção de outras doenças neurológicas, ortopédicas ou psiquiátricas que podem apresentar quadro semelhante; contudo, há critérios que fundamentam o diagnóstico (HALSTEAD, 1991; OLIVEIRA; MAYNARD, 2002; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006a; OLIVEIRA; QUADROS, 2009). O processo de diagnóstico para a SPP é baseado em critérios clínicos e, atualmente, há dois consensos estabelecidos: o primeiro, elaborado em 1991 e adotado pela *European Federation of Neurological Societies*, sendo conhecido como “Critérios de Halstead”; e o segundo, de 2001, recomendado pela *March of Dimes Birth Defects Foundation* e adotado no continente americano, também conhecido como “Critérios de *March of Dimes*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Os critérios podem ser observados no Quadro 1:

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos para a Síndrome Pós-poliomielite

Critérios de Diagnósticos	“Critérios de Halstead”	“Critérios de <i>March of Dimes</i> ”
Poliomielite Parálitica Prévia	Sim	Sim
Período de recuperação funcional parcial ou completa após a poliomyelite parálitica aguda, seguida de um intervalo de estabilidade de função neurológica	Sim	Sim
Início gradual ou súbito de nova fraqueza muscular	Sim	Sim
		continua

Critérios de Diagnósticos	conclusão	
	“Critérios de Halstead”	“Critérios de <i>March of Dimes</i> ”
Ao menos dois dos seguintes sintomas após período de estabilidade (fadiga, dor muscular ou articular, nova fraqueza em musculatura previamente afetada ou não, intolerância ao frio, perda funcional, nova atrofia)	Sim	Sim
Exclusão de outros problemas neurológicos, médicos e ortopédicos que possam explicar os novos sintomas	Sim	Sim
Persistência dos sintomas ao menos por 1 ano	Não	Sim
Nova fraqueza neurogênica acompanhada ou não de fadiga excessiva, dor muscular, dor articular ou diminuição do <i>endurance</i>	Sim	Não

Fonte: ROWLAND et al., 2000; FARBU et al., 2006.

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome Pós-poliomielite e Comorbidades no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), para o diagnóstico de SPP é utilizada uma ação conjunta dos dois critérios: critério de Halstead (europeu) e o Critério de March of Dimes (americano), em que se considera a nova fraqueza acompanhada ou não da fadiga excessiva, dor articular/muscular ou diminuição do *endurance*, porém com persistência mínima de um ano.

Além da fraqueza muscular, fadiga muscular, dor articular e/ou muscular, é observado que outros sintomas obscurecem ainda mais a Síndrome: disfonia; disfagia; insuficiência respiratória; transtorno urinário e fecal; distúrbio do sono associado ou não a cefaleia matinal; aumento de peso; intolerância ao frio; ansiedade; depressão e problemas de concentração e memória (DALAKAS et al., 1986; JUBELT; CASHMAN, 1987; MAYNARD; HEADLEY, 2000). Pela ampla gama de características clínicas parece imperativo o trabalho reabilitador e/ou terapêutico por meio de uma equipe multidisciplinar com avaliações periódicas e detalhadas a fim de controlar os sintomas tardios da Pólio, pois apesar de não haver cura para a SPP, é recomendado uma série de tratamentos selecionados por especialidade técnica de diversos profissionais de saúde, inclusive indicações de terapia Medicamentosa (DALAKAS,

1999; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006a; OLIVEIRA; QUADROS, 2009; ORSINI et al., 2010).

Atualmente, a SPP é a neuronopatia motora de maior prevalência na América do Norte, dado o grande número de sobreviventes de Poliomielite naquela região (TROJAN; CASHMAN, 2005). São estimados 640.000 pacientes nos Estados Unidos sob risco de SPP; cerca de 250.000 indivíduos na Europa com a Síndrome e 20.000.000 no mundo (BOSCH, 2004). Diametralmente oposto, o conhecimento da magnitude desse agravo e suas repercussões são quase inexistentes no Brasil, tornando-a uma doença praticamente desconhecida (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006a). As primeiras descrições da SPP, no país, surgiram recentemente (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002; QUADROS, 2005), em razão de um número crescente de indivíduos, muitos deles, sobreviventes das grandes epidemias de Pólio, começarem a procurar por serviços especializados de neurologia relatando seus novos sintomas (CONDE, 2007; QUADROS et al., 2012).

1.3 TERAPIA MEDICAMENTOSA

A literatura sobre SPP apresenta que, quando o diagnóstico clínico se estabelece, as opções terapêuticas devem ser orientadas – deve haver uma mudança e aquisição de novos hábitos, como a realização de atividade física poupadora de dispêndio de energia, onde o ganho serve como um tratamento preventivo do comprometimento das unidades motoras. De forma complementar, são prescritos medicamentos para tratar os sintomas de fraqueza, fadiga muscular, dor e transtornos do sono para a melhoria da qualidade de vida (OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009).

Para esse incremento das condições dos pacientes, alguns estudos avaliaram o uso de Piridostigmina (TROJAN et al., 1999; NOLLET et al., 2002; HOREMANS et al., 2003), Imunoglobulina Humana Endovenosa (GONZALEZ et al., 2006; KAPONIDES et al., 2006; WERHAGEN; BORG, 2011), Modafinil (VASCONCELOS et al., 2007), Amantadina (STEIN et al., 1995), Hormônio do Crescimento (GUPTA et al., 1994), Prednisona (DINSMORE et al., 1995), L-carnitina (HOLLAND, 1998), entre outros fármacos (TROJAN, D; GENDRON; CASHMAN, 1993; BAMFORD et al., 1993; BRUNO et al., 1996), que não demonstraram efeitos benéficos relevantes, obtendo apenas discreta melhora na fadiga e força muscular (DALAKAS, 1999; TROJAN; CASHMAN, 2005; ORSINI et al., 2010); porém o único estudo que obteve benefícios

consideráveis foi o de uso associado da L-carnitina + Piracetam, que demonstrou uma diminuição da fadiga e o aumento da força muscular (MOTTA, 2017).

Entretanto, percebe-se que os pacientes com SPP, além de fazerem uso de fármacos para auxiliarem na melhora dos sintomas da enfermidade, fazem uso também de medicações para uma série de outros problemas de saúde, como Fibromialgia, Dislipidemia, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Problemas na Tireoide, Doenças Cardíacas, Problemas Gastrointestinais, Artrite, Osteoporose, entre outras (CAMPBELL, 1999; GAWNE; WELLS; WILSON, 2003; RAGONESE et al., 2005; KANG; LIN, 2011; MELIN; KAHAN; BORG, 2015), pois viveram com os efeitos da pólio por longo período; e agora, a SPP os coloca igualmente diante de um aumento potencial do risco de doenças crônicas (PERLMAN, 1999; CAMPBELL, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000).

Considerando que as doenças crônicas afetam, geralmente, mais a população idosa, vale lembrar, que essas doenças podem ocorrer, mais frequentemente, em pessoas com deficiência física e mais jovens, dadas a uma saúde precária e a dificuldades que têm de enfrentar para manter a qualidade de vida. Assim, tanto a SPP, como as doenças crônicas em idades mais jovens, são um potencial acelerador do processo de envelhecimento, e um produtor de deficiências secundárias (HALSTEAD, 1985; KEMP; ADAMS; CAMPBELL, 1997; CAMPBELL, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; PEREIRA et al., 2004; STOLWIJK-SWÜSTE et al., 2007; KANG; LIN, 2011; BALDONI et al., 2010; BALDONI et al., 2013).

Associado a essas condições, pode-se ter uma possível polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), uma presumível automedicação e/ou também uma provável não adesão ao tratamento, compondo um quadro bem abrangente da realidade terapêutica dos pacientes de SPP, como também um potencial de risco para a saúde desses pacientes (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; BALDONI et al., 2010; POLIO AUSTRALIA INCORPORATED, 2012; CARVALHO, et al., 2012; BALDONI et al., 2013; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014; PEREIRA, et al., 2017).

O ponto *sine qua non* para o trato desses pacientes parece ser os fármacos que podem exacerbar a fadiga e a fraqueza muscular – sintomas que atrapalham a qualidade de vida do paciente – como os Betabloqueadores, Bloqueadores do Canal de Cálcio, Anti-histamínicos; Antidepressivos, Ansiolíticos, Agentes Bloqueadores Neuromusculares, Analgésicos Narcóticos, Anticonvulsivantes, Antipsicóticos e

Sedativos – medicamentos de uso considerável pelos pacientes para os diversos problemas de saúde que podem apresentar. Entre essas diversas classes, Diuréticos e Laxantes representam bem a preocupação terapêutica envolvida, pois são depletadores de minerais essenciais exigidos para o funcionamento normal dos nervos e músculos; e muitos outros fármacos como Antibióticos, Quimioterápicos, e mesmo elevadas doses de algumas Vitaminas, como a Piridoxina (B6), podem contribuir para a lesão dos nervos motores. Evidências sugerem ainda que os medicamentos para reduzir o colesterol, principalmente as Estatinas, podem igualmente aumentar a fraqueza e a fadiga (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; LAMBERT; GIANNOULIN; SCHMIDT, 2005; LATHAM et al., 2007; ORSINI et al., 2010; KANG; LIN, 2011; KAY, 2014; MELIN; KAHAN; BORG, 2015), bem como o uso de medicamentos inapropriados para idosos – já que, como citado anteriormente, são pacientes que podem ter seu envelhecimento acelerado – e o múltiplo uso de medicamentos que produzem aumento da carga anticolinérgica, que podem dificultar a qualidade de vida do paciente exacerbando os sintomas propriamente da SPP, como também levar a uma maior incidência de quedas e déficit cognitivo (PEREIRA et al., 2004; BALDONI et al., 2014; LU et al., 2015; MACHADO-ALBA et al., 2016; BENTO, 2016; GORZONI; FABBRI, 2017).

Embora os efeitos da medicação para outros problemas de saúde na SPP não foram avaliados em estudos controlados e randomizados, a experiência e considerações teóricas compreendem que esses pacientes não respondem como a população em geral a qualquer tipo de medicação. O que se observa é que este grupo de pacientes se configura de risco especial, pois em decorrência do Poliovírus, seus sobreviventes possuem menos inervação da medula espinhal devido ao ataque aos neurônios motores, como também outras partes centrais do sistema nervoso que também foram atingidas. Dessa forma, a medicação que interfere em junções nervosas por exemplo, pode ter um efeito potencializado, quando comparado a indivíduos com a quantidade normal de nervos (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; GAWNE; WELLS; WILSON, 2003; RAGONESE et al., 2005; LAMBERT; GIANNOULIN; SCHMIDT, 2005; KANG; LIN, 2011; POLIO AUSTRALIA INCORPORATED, 2012; KAY, 2014; MELIN; KAHAN; BORG, 2015). Contudo, isso não implica que pacientes com SPP não possam fazer uso de terapia medicamentosa; significando apenas que o medicamento deve ser administrado em dosagem mais baixa que o usualmente indicado, por exemplo, sendo o acompanhamento

farmacoterapêutico do paciente necessário, a fim de ajustar a dose em relação aos efeitos adversos quando se apresentarem, prevenindo-os quando puder e dirimindo os agravos dos sintomas da SPP (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; COSTA, 2007; PEREIRA; FREITAS, 2008; CORRER; OTUKI, 2011; KAY, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sabendo que a utilização de medicamentos é um processo complexo, com múltiplos determinantes e que envolve diferentes disciplinas, pareceu-se imprescindível descrever a farmacoterapia desses pacientes (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; MARIN et al., 2003; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; PEREIRA; FREITAS, 2008; STORPIRTIS, 2008; ROVERS; CURRIE, 2010). O alcance dessa descrição farmacoterapêutica perpassa as interações medicamentosas e as reações adversas, o que compromete a saúde dos usuários – efeito quase que natural do uso concomitante de medicamentos variados. Outra medida capaz de subsidiar a caracterização de aspectos relacionados à farmacoterapia do paciente refere-se ao uso irracional de medicamentos e a não adesão terapêutica, seja por incompreensão do usuário ou inefetividade do fármaco (MARIN et al., 2003; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; PEREIRA et al., 2004; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; CORRER et al., 2007; CORRER; OTUKI, 2011; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BALDONI et al., 2013; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Este estudo sobre a farmacoterapia, portanto, visa controlar, prevenir e tratar a Síndrome em seus efeitos e as doenças crônicas concomitantes a SPP, dentro das diretrizes farmacoterapêuticas adequadas para a condição clínica do indivíduo, que são elementos essenciais para a determinação do emprego de um universo de medicamentos de forma particular, individual e segura, a fim de tornar o uso de medicamentos mais eficiente, podendo auxiliar o usuário no alcance de resultados terapêuticos concretos, de forma a propor soluções aos pacientes e a equipe multidisciplinar, inclusive, sem aumento de custos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; PEREIRA; FREITAS, 2008; ROVERS; CURRIE, 2010; BALDONI et al., 2010; CORRER; OTUKI, 2011; BALDONI et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

Como centro referencial de estudos da Síndrome, o Ambulatório de Doenças Neuromusculares da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM) recebe pacientes procedentes de vários estados; entretanto, pelo fato de ser de demanda espontânea, a prevalência da SPP não pode ser calculada. Além da Unifesp/EPM, a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) também acompanha casos atingidos pela Poliomielite, contribuindo para a identificação da SPP. O Instituto do Sono participa, conjuntamente, disponibilizando exames e procedimentos para as anormalidades do sono. As Coordenadorias de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo autorizam e custeiam os exames para diagnósticos das doenças neurológicas, próteses e órteses a todos os deficientes físicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas também, não conseguem dispor de dados sobre a prevalência da Síndrome (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006b). Apesar do desafio, o Ambulatório da Unifesp/EPM tem produzido conhecimento e serviços de reconhecimento nacional e internacional, por meio da experiência no atendimento de pacientes com passado clínico de Poliomielite Paralítica contendo queixas de novos sintomas (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002; QUADROS, 2005; QUADROS et al., 2012; OLIVEIRA, 2012; MOTTA, 2017).

O Ambulatório da UNIFESP/EPM dividiu em quatro fases a historiografia da Síndrome: a primeira, de 1972 a 2002, culminando na publicação do primeiro artigo sobre SPP no Brasil (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002); a segunda, de 2003 a 2005, fase da instalação e estruturação do Ambulatório específico da SPP, tendo como resultado a primeira pesquisa sobre a caracterização detalhada da SPP no Brasil (QUADROS, 2005; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006b) e a elaboração do documento técnico da SPP (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006a); a terceira fase, de 2006 a 2011, com o desenvolvimento de diversas pesquisas sobre aspectos clínicos específicos da SPP (CONDE, 2007; QUADROS et al., 2012) e a publicação da primeira e segunda edição do manual “Síndrome Pós-poliomielite: Orientações para Profissionais de Saúde” (OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009) – referência nacional para tratamento público da SPP; e a quarta fase, a partir de 2012, inaugurada com o primeiro ensaio clínico fase III (OLIVEIRA, 2012) – “Efeito Terapêutico do uso de L-carnitina + Piracetam na fadiga, força muscular e dor” concluído em 2017 (MOTTA, 2017) e a publicação das diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com

Síndrome Pós-poliomielite e Comorbidades em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Essa pequena parte da atmosfera de contribuição acadêmica ofertada pela Equipe Especializada de Profissionais de Saúde do Ambulatório, talvez tenha seu ponto mais alto de aplicabilidade científica na proposta para a criação de um Código Internacional de Doenças (CID) específico para a SPP, apresentado pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) na reunião do Comitê de Revisão e Atualização (URC), discutida e defendida na reunião do *Morbidity Reference Group* (MbRG) na Suécia em 2008. A proposta foi bem recebida pelos membros da MbRG, sendo aprovada para a inclusão do código G14 no CID 10, a partir de 2010. Esse reconhecimento internacional definiu a aceitação da SPP como nova doença e não mais como uma seqüela de Poliomielite simplesmente (LAURENTI et al., 2013).

Como segundo ponto de valor se encontra a finalidade do Manual “Síndrome Pós-poliomielite: Orientações para Profissionais de Saúde” (OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009), que aborda toda a singularidade da SPP e comenta sobre diversos tratamentos, inclusive medicamentoso. Dessa forma, esse documento é tido como literatura referencial no auxílio ao atendimento a estes pacientes, apresentando de forma padronizada o envolvimento da equipe multidisciplinar do Ambulatório de SPP da Unifesp/EPM no tratamento e terapia individual. Apontado como o instrumento mais apropriado para compreender, coordenar e orientar avaliações clínicas, cinesiológica funcional, psicossocial e vocacional, as orientações contidas no Manual contemplam trabalhos em equipe multidisciplinar com neurologista, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, ortopedista, pneumologista, otorrinolaringologista, pediatra e ortesista. Segundo o mesmo Manual, entre as diversas análises e condutas com os pacientes de SPP são indicados uma série de tratamentos selecionados por especialidade técnica de diversos profissionais de saúde, inclusive indicações de Terapia Medicamentosa para o tratamento sintomático da fraqueza e fadiga muscular, dor e transtornos do sono (DALAKAS, 1999; ORSINI et al., 2010; OLIVEIRA; QUADROS, 2009).

Nesse contexto, desde a fundação do Ambulatório de SPP da Unifesp/EPM e, por meio de seus trabalhos acadêmicos, percebe-se a busca por uma promoção do acesso a uma avaliação abrangente e precisa para os pacientes com SPP, tornando-se fundamental confirmações diagnósticas diferenciais, estabelecimento de planos

específicos de cuidado, efetivos tratamentos e o encaminhamento a diferentes especialidades de profissionais de saúde. Nesse sentido, o Ambulatório tem se destacado como o maior atendente de pacientes com SPP no Brasil, principalmente, por disponibilizar uma equipe multidisciplinar provedora de uma atenção que contemple as necessidades biopsicossociais do paciente; não obstante, pareceu impreterível observar a utilização de medicamentos como parte integrante do plano de assistência ao paciente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006b; OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O desenvolvimento desse plano assistencial integral acontece após a fixação dos objetivos terapêuticos, definição da intervenção com foco no paciente e, por fim, a execução do plano efetivo de assistência terapêutica com o tratamento e acompanhamento dos pacientes. Nesse ponto, sente-se uma lacuna de definição da intervenção com foco no paciente em relação ao medicamento, o que leva a um possível questionamento da farmacoterapia envolvida – se é necessária, segura, efetiva e racional dentro do espectro dos pacientes com SPP (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; CORRER; OTUKI, 2011). A possibilidade da ocorrência de polifarmácia, inefetividade do fármaco, interações medicamentosas, reações adversas, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e a automedicação devem ser fortemente considerados (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; PEREIRA et al., 2004; BALDONI et al., 2010; KANG; LIN, 2011; BALDONI et al., 2013; KAY, 2014; MELIN; KAHAN; BORG, 2015; BENTO, 2016), uma vez que esses pacientes utilizam medicamentos para a sintomatologia (OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009; ORSINI et al., 2010), e também, podem utilizar uma variedade de medicamentos para múltiplos problemas de saúde (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; GAWNE; WELLS; WILSON, 2003; RAGONESE et al., 2005; KANG; LIN, 2011; KAY, 2014; MELIN; KAHAN; BORG, 2015).

Esses e outros Problemas Farmacoterapêuticos em pacientes, muitas vezes, são evitados por meio da investigação do perfil farmacoterapêutico, que gera uma descrição fornecedora de dados que permitam adotar medidas corretivas, racionais, efetivas e seguras (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; MARIN et al., 2003; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; ROVERS; CURRIE, 2010; CORRER; OTUKI, 2011). No entanto, observa-se um hiato literário na apresentação do perfil farmacoterapêutico dos pacientes de SPP e suas possíveis doenças crônicas – fato que impede, sensivelmente, a equipe multiprofissional de ter uma visão mais

abrangente sobre sua intervenção, e tolhe a cooperação multidisciplinar para uma melhor qualidade de vida, já que, a realidade farmacoterapêutica interfere nos resultados das diferentes especialidades (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; COSTA, 2007; PEREIRA; FREITAS, 2008; ROVERS; CURRIE, 2010; CORRER; OTUKI, 2011; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). Nesse ponto houve a motivação em questionar: Qual o perfil farmacoterapêutico desses pacientes? Qual a realidade do uso de medicamentos nessa população?

Buscando preencher essa lacuna existente na literatura, o presente trabalho visa delinear o perfil farmacoterapêutico dos pacientes de SPP do referido Ambulatório, por meio de um estudo descritivo, como ação primeira da aproximação do profissional farmacêutico a esse universo. Esta descrição tem por finalidade observar, descrever e documentar características desses pacientes em relação ao uso de medicamentos, de forma que possa identificar a existência de relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, farmacoterápicas, e determinar a natureza dessa relação.

O conhecimento de tal aspecto, utilizando a metodologia descritiva permitirá, ao final do estudo, a elaboração de hipótese e, além disso, fornecer elementos para a implementação de ações de saúde mais bem direcionadas para o público com SPP, de maneira a fomentar sua segurança, efetividade, necessidade e adesão no uso de medicamentos. Além de tais dados poderem contribuir para uma maior resolutividade no Ambulatório de SPP, na execução do plano de assistência terapêutica, ao fornecerem informações para compreensão da necessidade dos pacientes com maior assertividade (PERLMAN, 1999; PEREIRA; FREITAS, 2008; ROVERS; CURRIE, 2010; CORRER; OTUKI, 2011; KAY; 2014). Esses conhecimentos são fundamentais, inclusive, para determinar, potencialmente, estratégias futuras que venham resolver Problemas Farmacoterapêuticos, ou seja, os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs), visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos, e mensuráveis, através da harmonia entre as especialidades, derivando na mais ampla melhoria do paciente (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; COSTA, 2007; STORPIRTIS, 2008; CORRER; OTUKI, 2011; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o perfil farmacoterapêutico dos pacientes com SPP atendidos no Ambulatório de Investigação de Doenças Neuromusculares da UNIFESP/EPM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Descrever o perfil sociodemográfico, econômico, clínico, hábitos relacionados à saúde (consumo de álcool, cigarro, café e restrição de alimentos) e problemas de saúde concomitantes a SPP dos pacientes entrevistados;
- b) Delinear a terapia medicamentosa prescrita para a sintomatologia da SPP dos pacientes entrevistados;
- c) Identificar a farmacoterapia utilizada para problemas de saúde concomitantes a SPP;
- d) Classificar os medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)* da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- e) Averiguar a adesão terapêutica dos pacientes frente a farmacoterapia prescrita para a sintomatologia da SPP e/ou problemas de saúde concomitantes a SPP;
- f) Analisar uma possível não utilização ou suspensão de algum medicamento prescrito sem autorização médica, nos últimos 30 dias, e os fatores que levaram a suspensão ou não utilização do tratamento, bem como identificar esses medicamentos;
- g) Verificar a existência de automedicação entre os pacientes entrevistados e os fatores para motivação da automedicação, bem como, identificar esses medicamentos, seu propósito e frequência de uso;
- h) Investigar uma possível associação estatística entre as variáveis sociodemográfica, econômica, clínica, perfil farmacoterapêutico e a adesão terapêutica dos pacientes entrevistados com SPP.

4 MÉTODOS

4.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com desenho transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa epidemiológica é baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde em uma população definida e na avaliação desses eventos. O estudo descritivo, com desenho transversal, visa observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando dessa forma, o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde – constituindo-se de dados importantes para a avaliação das condições de saúde de uma comunidade, e orientando as ações a serem desenvolvidas (HADDAD, 2004). Soma-se a isso, uma abordagem quantitativa na pesquisa a fim de mensurar os dados na coleta de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. Com esses elementos fornecidos pelo estudo epidemiológico, descritivo, com desenho transversal e quantitativo sob a verificação de associações estatísticas, pode-se direcionar a formulação de hipóteses referentes a farmacoterapia envolvida, que poderão ser testadas, subsequentemente, com estudos analíticos específicos (FRANCO; PASSOS, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Investigação de Doenças Neuromusculares da Unifesp/EPM – Setor SPP. O ambulatório é caracterizado por ser um serviço público de Referência em Diagnóstico e Tratamento de Pessoas com Síndrome Pós-poliomielite e Doenças Neuromusculares (SÃO PAULO, 2014) e se localiza na rua Estado de Israel, n. 899, bairro Vila Mariana, cidade de São Paulo, estado de São Paulo, com telefone n. (11) 5571-3324.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CÁLCULO AMOSTRAL

No período do estudo, o ambulatório atendia e acompanhava 1515 pacientes com sequela de Poliomielite; desses, 939 eram pacientes com diagnóstico confirmado de SPP. De acordo com estudos de prevalência, o tamanho amostral estimado pode ser fundamentado em valores hipotéticos da prevalência do evento a ser estudado, por meio da determinação de valores de dados prévios existentes na literatura científica ou de dados adquiridos a partir da execução de estudos piloto (MEDRONHO, 2006). Entretanto, para se chegar ao valor amostral, tendo em vista a escassez de dados na literatura de SPP estimando a prevalência da polifarmácia e problemas de saúde concomitantes a síndrome, adquiriu-se neste estudo, o seguinte cálculo amostral:

$$n = \frac{z_{(1-\gamma)/2}^2 Np(1-p)}{d^2(N-1) + z_{(1-\gamma)/2}^2 p(1-p)}$$

Assim, ponderou-se a prevalência (p), 46% conforme o maior número amostral encontrado em Werhagen e Borg, (2013) sobre problemas de saúde concomitantes a SPP; d como erro absoluto tolerável considerando 0,05; conforme padrão em estudos de saúde; N o tamanho da população de SPP (939); e onde o intervalo de confiança foi de 95%, com o nível de significância (alfa) de 5%, ou seja, $z(1-\gamma)$ como z (alfa) no valor de 1,96, alcançando um tamanho amostral (n) mínimo de 101 pacientes.

Contudo, participaram deste estudo 150 pacientes que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser paciente com história prévia de poliomielite com diagnóstico de SPP; fazer uso de terapia medicamentosa para tratamento da sintomatologia da SPP e/ou problemas de saúde concomitantes a SPP; e, realizar acompanhamento multiprofissional no ambulatório há mais de um ano. Foram excluídos os pacientes que tiveram dificuldades de compreensão e de se expressar, os que não conseguiram completar a entrevista e os que não tiveram os dados completos nos prontuários.

4.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

O estudo foi dividido em cinco fases, conforme demonstrado abaixo:

4.4.1 Primeira fase – Construção do instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de entrevista estruturada, utilizando-se um formulário contendo 38 perguntas (Ver Apêndice B). Esse tipo de instrumento é mais vantajoso, pois as questões são realizadas pelo investigador, apresentando benefícios ao ser aplicado a uma população heterogênea quanto ao nível de escolaridade, já que no questionário as perguntas são preenchidas pelo próprio entrevistado (WITT, 1973; PADUA, 2008; GIL, 2010).

O formulário foi dividido em três seções; a primeira seção do formulário apresentou dados sociodemográficos e econômicos como:

- a) Nome;
- b) Sexo;
- c) Idade;
- d) Estado civil;
- e) Escolaridade;
- f) Cor da pele;
- g) Local de residência;
- h) *Status* profissional;
- i) Renda;
- j) Ocupação

A segunda seção abrangeu dados do perfil clínico e antropométricos:

- a) Altura;
- b) Peso;
- c) Índice de Massa Corporal (IMC);
- d) Idade que adquiriu a Poliomielite;
- e) Tipo de sequela atual;
- f) A idade do aparecimento dos primeiros sintomas da Síndrome;
- g) Qual(is) sintoma(s) da SPP possui;
- h) Se faz uso de suporte ventilatório.
- i) Se tem restrição de alimentos;

A terceira e última seção indicou dados do perfil farmacoterapêutico e hábitos relacionados a saúde, tais como:

- a) Se possui alergia a algum tipo de medicamento e qual o medicamento;
- b) Se o paciente passou por cirurgia, e/ou se teve complicações no pós-operatório por conta da anestesia e qual foi a complicação;
- c) Se além da SPP, o paciente possui outro problema de saúde e qual o problema de saúde;
- d) Se o paciente faz uso de medicamento, vitamina, fitoterápico ou homeopático prescrito, qual(is) utiliza, se há prescrição com horário e orientação, bem como a forma que o paciente utiliza, se tem conhecimento para qual sintoma ou problema de saúde utiliza e se há possível ocorrência de reação adversa;
- e) Se houve algum medicamento prescrito que não utilizou ou suspendeu o uso nos últimos 30 dias, qual o motivo e o medicamento;
- f) Se faz uso de medicamento sem prescrição médica;
- g) Qual condição/fator motivador o faz utilizar medicamento sem prescrição;
- h) Se faz uso de fitoterápico ou homeopático sem prescrição médica;
- i) Qual(is) medicamento(s) utiliza sem prescrição médica, a forma como utiliza, propósito e frequência de uso;
- j) Se consome bebida alcoólica;
- k) Se o paciente utiliza cigarro;
- l) Se o paciente faz uso de café e sua frequência;
- m) Se faz uso de droga ilícitas.

As informações sobre o perfil clínico foram retiradas dos prontuários, e os demais dados obtidos nas entrevistas foram autorreferidos, complementados e confirmados com informações presentes nos mesmos prontuários, bem como, foram feitas algumas perguntas de uso-orientado, a fim de que o paciente pudesse recordar os medicamentos utilizados, já que, um viés recordatório pode ocorrer quando informações são buscadas na memória do paciente – perguntas por revisão de sistemas, arrolando sinais e sintomas relacionados a SPP e/ou problemas de saúde; diminuindo, dessa forma, o viés recordatório (ROVERS; CURRIE, 2010).

Além do mais, esse instrumento de coleta de dados foi o primeiro passo para construção de um banco de dados, a fim de se ter uma visão abarcante do uso de medicamentos na população em estudo, de forma que, poderá servir para identificar, solucionar ou prevenir problemas na terapia medicamentosa uma vez que também poderá ajudar a desenvolver planos de assistência (ROVERS; CURRIE, 2010).

A adesão farmacoterapêutica foi verificada pela escala Morisky-Green modificada (Ver Anexo C). Um formulário estruturado com seis perguntas fechadas, com respostas dicotômicas – “sim” ou “não” (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; SEWITCH et al., 2003; FRASER; PEREZ; LATOUR, 2006), que permitiu a avaliação do paciente de SPP, frente à utilização correta dos medicamentos prescritos para a sintomatologia de SPP e/ou problemas de saúde concomitantes à enfermidade. As questões basearam-se no esquecimento, descuido, negligência ou interrupção do medicamento pelo usuário, tendo sido elaboradas de forma a minimizar o viés das respostas positivas, pois deve-se levar em conta que o entrevistado tende a responder afirmativamente a questões elaboradas pelo entrevistador; em viés contrário, o teste de Morisky-Green (TMG) tende a subestimar a adesão, onde a resposta negativa configura a resposta correta. Apenas na penúltima questão (n. 5) a resposta “sim” é a correta.

Os pacientes com SPP entrevistados, que apresentaram porcentagens de acerto maior ou igual a 80% no teste, foram considerados aderentes à farmacoterapia, sendo os demais considerados não aderentes (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Para o cálculo, o paciente que respondeu “não” às questões 1 a 4 foi considerado aderente, com 100% de acerto (número de acertos dividido por quatro x 100). As questões 5 e 6 foram feitas apenas àqueles que responderam “sim”, em pelo menos, uma das quatro primeiras questões e, assim, a porcentagem de acerto foi calculada, considerando as seis questões (número de acertos dividido por seis x 100) (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; SEWITCH et al., 2003; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Pôde-se também, pela natureza dessas questões, discriminar se a eventual não adesão foi devido ao comportamento intencional ou não intencional, ou ainda, se a ambos os tipos de comportamento. Os pacientes que responderem “sim” para as questões 1 e/ou 2 foram caracterizados como tendo comportamento de “não adesão não-intencional”, avaliando o esquecimento e descuido; e os que indicaram resposta “sim” para as questões 3 e/ou 4 foram considerados como apresentando uma “não

adesão intencional”, medindo a continuidade do uso de medicamentos e compreensão dos benefícios a longo prazo da terapia. E, os que responderam não à questão 5, foram identificados como não tendo conhecimento sobre a importância do tratamento, e aqueles que responderam sim à questão 6, foram identificados como apresentando falta de motivação (SEWITCH et al., 2003).

4.4.2 Segunda fase – Submissão e aprovação do estudo junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP)

Após a aprovação do estudo no CEP/UNIFESP, foi apresentado ao paciente, antes da realização da entrevista, “O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) – elaborado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o paciente; o que proporcionou aos pacientes participantes todas as informações do estudo, de forma clara e compreensão simples (Ver Apêndice A). O paciente que aceitou participar e atendeu aos critérios de inclusão, foi direcionado a um local privativo, recebendo a explicação detalhada da pesquisa e o tempo necessário para a leitura e assinatura do TCLE – quando imperioso, a pesquisadora realizou a leitura juntamente com o paciente, e se colocou à disposição para esclarecer possíveis dúvidas antes do início de cada entrevista.

4.4.3 Terceira fase – Realização do projeto piloto

O instrumento de coleta de dados, contendo as três seções, foi submetido a um projeto piloto (pré-teste), com a finalidade de identificar falhas na formulação das questões e registro dos dados, avaliando se o instrumento de coleta de dados estava estruturado de maneira adequada (BOYNTON, 2004; ROVERS; CURRIE, 2010).

Para este projeto piloto participaram 10 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão, de forma que representassem a amostra definitiva, e foi realizado no Ambulatório de Investigação de doenças neuromusculares da UNIFESP/EPM – setor de SPP, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UNIFESP, no período de 28/06/16 a 05/07/2016. Por meio da aplicação do projeto piloto, observou-se que os pacientes compreendiam bem as questões do formulário, considerando suas reações ao respondê-lo, além de um tempo estimado de 30 a 40 minutos de duração na

aplicação do formulário. Os dados dos pacientes, que participaram deste projeto piloto (pré-teste), não foram utilizados nos resultados desta pesquisa.

4.4.4 Quarta fase – Coleta de dados com a aplicação da versão final do formulário para os pacientes participantes da pesquisa

Após a aplicação do projeto piloto (pré-teste), o instrumento de coleta foi adequado e aplicado à população do estudo. As entrevistas se iniciaram em agosto/2016 e findaram em agosto/2017, realizadas em um único momento, e de forma individual. Na ocasião em que o paciente chegava ao ambulatório e aguardava atendimento médico, a pesquisadora o abordava, apresentava o estudo e o convidava a participar da pesquisa.

Diante disso, a coleta de dados somente se iniciava caso os pacientes aceitassem participar da pesquisa, preenchessem os critérios de inclusão e fizessem a leitura e a assinatura do TCLE. Após isso, a pesquisadora iniciava a entrevista com o prontuário do paciente em mãos, pois os dados obtidos nas entrevistas foram complementados com dados presentes nos prontuários dos mesmos pacientes.

4.4.5 Quinta fase: Dados registrados e suas análises

4.4.5.1 Registro de dados

Após a aplicação do Formulário, as informações foram reunidas em uma base de dados estruturada em formato de planilha, no programa EXCEL 2010, onde foram feitas as análises das variáveis sociodemográficas, econômica, perfil clínico, dados antropométricos, hábitos de saúde, perfil farmacoterapêutico e adesão terapêutica.

Para assegurar a rastreabilidade, houve a conferência dos números de 1 a 150 para cada paciente entrevistado. A primeira planilha foi criada para tabulação dos dados sociodemográficos, econômicos, antropométricos, clínicos, adesão terapêutica, hábitos relacionados a saúde, entre outras variáveis; de forma que cada coluna correspondeu a uma variável e cada linha a um paciente (Ver Figura 1).

Figura 1 – Imagem da planilha com dados sociodemográficos, econômicos, antropométricos, clínicos, adesão terapêutica, hábitos relacionados a saúde, entre outras variáveis, São Paulo/SP, 2016-2017

Nº Pac	Gener	E. CIVIL	Cor da pel	Idad	Idade da Póli	Id da SPP	SPP - Póli	Procedênci	Anos de Estud	Renda	Peso	Altura
1	0	0	0	57	20	50	30	0	2	1	56	1,49
2	0	1	2	56	1,5	44	42,5	0	1	1	44	1,50
3	1	1	0	46	0,75	39	38,25	7	1	1	72	1,68
4	0	0	0	43	2	36	34	0	2	1	76	1,59
5	1	0	0	58	1	51	50	0	0	1	74	1,77
6	0	0	1	46	0,67	35	34,33	0	2	1	99	1,76
7	0	0	0	55	0,67	49	48,33	0	3	1	100	1,57
8	1	0	0	56	1,17	49	47,83	0	3	1	96	1,71
9	0	0	0	43	1	41	40	3	2	1	78	1,50
10	0	0	1	43	0,34	35	34,66	0	2	1	75	1,65
11	0	0	0	39	0,67	36	35,33	0	3	1	63	1,60
12	0	0	0	61	0,5	59	58,5	0	3	1	79	1,59
13	0	0	0	59	1,08	53	51,92	0	2	1	66	1,55
14	1	0	1	51	7	40	33	0	0	1	67	1,65
15	0	0	2	48	1	44	43	0	3	1	102	1,69
16	1	0	0	59	1	55	54	0	0	1	56	1,64
17	0	0	0	56	0,5	47	46,5	0	0	1	80	1,57
18	1	2	2	57	0,67	46	45,33	0	2	1	54	1,50
19	1	2	1	58	2	55	53	0	3	1	90	1,87
20	0	0	0	62	1	58	57	0	3	1	57	1,45

Fonte: Produção da própria autora.

Da mesma forma, foi desenvolvida uma segunda planilha para tabulação dos dados do perfil farmacoterapêutico sobre medicamentos prescritos, bem como, uma terceira planilha sobre medicamentos prescritos, que não foram utilizados ou tiveram seu uso suspenso sem autorização nos últimos 30 dias, onde cada linha correspondeu a um medicamento; e para cada medicamento foi atribuído o número do paciente que o utilizou, logo, cada coluna correspondeu às variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico, como se utilizou ou suspendeu o uso do medicamento, classificação terapêutica segundo o sistema ATC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), tipo de prescrição, indicação, conhecimento do paciente, utilização, reação adversa, entre outras variáveis (Ver Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos prescritos em uso. São Paulo/SP, 2016-2017

N. Pa	Gener	Idad	nome do Farmaco	GT	SGT	Tipo de Prescri	SPP/Outro Probl. S	Outro Probl. Sai	Tipo Sint.SPP	Conhec.	Utilização/Prescri	Comport. c/a Pres	RAN	Tp. RA
1	0	57	Captopril	2	10	0	1	1	0	0	0	5	1	0
1	0	57	Clortalidona	2	7	0	1	1	0	0	0	5	1	0
1	0	57	Colecoxib	5	15	0	0	0	2	0	0	5	1	0
2	0	56	Espironolactona	2	7	0	1	1	0	0	0	5	1	0
2	0	56	Clostrazol	1	30	0	1	3	0	1	0	5	1	0
2	0	56	Alendronato sódio	5	19	0	1	4	0	0	0	5	1	0
2	0	56	Acido Acetilaliclico	1	30	0	1	3	0	0	0	5	1	0
2	0	56	Omeprazol	0	0	0	1	5	0	0	1	3	1	0
2	0	56	Ibuprofeno	5	15	1	0	0	2	0	0	3	1	0
3	1	46	Amitriptilina	6	24	1	0	0	2	0	0	0	1	0
3	1	46	Simvastatina	2	10	1	0	6	0	0	0	0	1	0
4	0	43	Cumarina+troxerutina	13	54	0	1	7	0	0	0	5	1	0
5	1	58	Diclofenaco Potassio	5	15	1	0	0	2	0	0	0	1	0
6	0	46	Topiramato	6	21	1	0	0	5	0	0	0	1	0
6	0	46	L-Carnitina	0	31	1	0	0	1	0	1	4	1	0
7	0	55	Proprafenona	2	6	1	1	24	0	0	0	0	1	0
7	0	55	Enalapril	2	10	1	1	1	0	0	1	4	1	0
7	0	55	Calcio+Magnesio+Arginina+Piridoxina	13	54	1	0	0	2	0	0	0	1	0
7	0	55	Prometazina	7	27	1	0	0	3	0	0	0	1	0
7	0	55	Sertralina	6	24	1	0	0	5	0	0	0	1	0
7	0	55	Hidroclorotiazida	2	7	1	1	1	0	0	1	4	1	0
8	1	56	Losartana	2	10	1	1	1	0	0	0	0	1	0
9	0	43	Gabapentina	6	21	0	0	0	2	0	0	5	1	0
9	0	43	Duloxetina	6	24	1	0	0	5	0	0	0	1	0
9	0	43	Levotiroxina	4	14	1	1	19	0	0	0	0	1	0

Fonte: Produção da própria autora.

Figura 3 – Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos prescritos, que não foram utilizados ou seu uso foi suspenso sem autorização médica, nos últimos 30 dias, São Paulo/SP, 2016-2017

N. Pac	Gener	Idad	Med sus	Nome de cada Farmac	GPI	SGT	Tp. Prei	SPP/Outr. Probl. Saú	Tp. Sínt. S	Conhe	Utilizaç	Import. c/ a Pl	MotN	RAN	Tp. RA
1	0	57	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
2	0	56	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
3	1	46	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
4	0	43	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
5	1	58	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
6	0	46	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
7	0	55	0	L-Carnitina	0	31	0	0	1	0	0	5	13	1	0
8	1	56	0	L-Carnitina	0	31	0	0	1	0	2	6	1	1	0
9	0	43	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
10	0	43	0	hidroclorotiazida	2	7	0	1	0	0	0	5	3	1	0
10	0	43	0	Losartana	2	10	0	1	0	0	0	5	3	1	0
11	0	39	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
12	0	61	0	Condroitina+glucosamina	5	15	0	8	0	0	0	5	3	1	0
13	0	59	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
14	1	51	0	trazodona	6	24	1	0	4	0	0	0	4	1	0
14	1	51	0	Fluoxetina	6	24	0	0	4	0	0	5	4	1	0
15	0	48	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
16	1	59	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
17	0	56	0	L-Carnitina	0	31	0	0	1	0	2	6	1	1	0
18	1	57	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
19	1	58	0	Fluoxetina	6	24	1	0	5	0	0	0	8	0	1
19	1	58	0	Duloxetina	6	24	1	0	5	0	0	0	8	0	2
20	0	62	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
21	0	51	0	Gabapentina	6	21	1	0	2	0	0	0	8	0	2
22	0	45	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
23	0	50	0	Sulfato ferroso	1	38	0	10	0	0	0	5	5	1	0
24	0	57	0	L-Carnitina	0	31	0	0	1	0	0	5	13	1	0
24	0	57	0	Colecoxib	5	15	0	0	2	0	0	5	7	1	0
25	0	72	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
26	0	49	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
27	0	56	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
28	0	57	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
29	0	53	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
30	0	53	0	L-Carnitina	0	31	0	0	1	0	0	5	13	1	0
30	0	53	0	Nimesulida	5	15	1	0	2	0	0	0	3	1	0
31	0	44	1		14	55	2	21	10	2	3	7	0	2	20
32	0	51	0	Gabapentina	6	21	0	0	2	0	1	1	1	1	0
32	0	51	0	Amantadina	6	22	1	0	1	1	1	4	1	1	0
32	0	51	0	L-Carnitina	0	31	1	0	1	0	0	0	1	1	0

Fonte: Produção da própria autora.

A quarta e última planilha foi desenvolvida para a tabulação dos dados referentes a utilização de medicamentos não prescritos (automedicação), de forma que cada linha correspondeu a um medicamento, e para cada medicamento foi atribuído o número do paciente que o utilizou, logo também, cada coluna correspondeu às variáveis relacionadas ao perfil de utilização desses medicamentos, como: se utilizava medicamento sem prescrição médica (automedicação); classificação terapêutica segundo o sistema ATC; fator motivador para o uso; utilização; propósito e frequência do uso (Ver Figura 4).

Figura 4 – Imagem da planilha com dados do perfil farmacoterapêutico dos medicamentos não prescritos (automedicação), São Paulo/SP, 2016-2017

N. Pac	Gener	Idad	Automed	nome do Farmaco	GT	SGT	Utilizag	Propósi	Frequência
1	0	57	0	Ibuprofeno	5	15	0	5	1
1	0	57	0	Omeprazol	0	0	0	1	1
1	0	57	0	Gualifenisina	7	26	1	17	1
2	0	56	0	Dexclorfeniramina	7	27	2	15	0
3	1	46	0	Dipirona	6	20	0	5	1
3	1	46	0	Dipirona+clorfeniramina+cafeína	13	54	1	18	1
4	0	43	0	Dipirona	6	20	0	5	0
4	0	43	0	Paracetamol	6	20	0	5	0
4	0	43	0	Simeticona	0	1	0	7	0
4	0	43	0	Dipirona+orfenadrina+cafeína	13	54	0	0	1
5	1	58	0	Diclofenaco Sodio	5	15	2	0	0
5	1	58	0	Paracetamol	6	20	0	5	1
5	1	58	0	Bisacodil	0	29	2	4	0
5	1	58	0	trolamina	8	28	0	19	0
6	0	46	0	Naproxeno	5	15	2	0	0
6	0	46	0	Dipirona+clorfeniramina+cafeína	13	54	0	18	1
6	0	46	0	Paracetamol+Clorfeniramina+Fenilefrina	13	54	0	18	1
6	0	46	0	Dipirona	6	20	2	5	0
7	0	55	0	citrato de colina +betaína+di-metionina	13	54	0	12	1
7	0	55	0	Diclofenaco Potassio	5	15	0	0	1
7	0	55	0	Cetoprofeno	5	15	0	0	1
7	0	55	0	Dexametasona	4	13	0	0	1
7	0	55	0	tramadol	6	20	0	0	1
7	0	55	0	Dipirona	6	20	0	0	1
7	0	55	0	Dipirona	6	20	0	0	1
7	0	55	0	Paracetamol	6	20	0	5	1
7	0	55	0	Dimenidrinato + piridoxina	0	1	0	20	1
7	0	55	0	Metoclopramida	0	1	0	20	1
7	0	55	0	oximetazolina	7	32	0	21	1
8	1	56	0	Paracetamol+Clorfeniramina+Fenilefrina	13	54	1	18	1
8	1	56	0	Própolis	13	54	2	22	0
8	1	56	0	Dipirona+orfenadrina+cafeína	13	54	2	0	0

Fonte: Produção da própria autora.

Os medicamentos foram catalogados pelo seu nome genérico e classificados em categorias terapêuticas, de acordo com o grupo anatômico principal e seu subgrupo terapêutico, tendo como referência o ATC – classifica os princípios ativos em cinco níveis diferentes, formando diferentes grupos em relação ao local de ação, características terapêuticas e químicas. Com o uso do ATC, seguiu-se a recomendação da OMS, que aconselha essa classificação internacional dos fármacos como uma ferramenta em estudos farmacoepidemiológicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

4.4.5.2 Análise dos dados

A estatística descritiva das variáveis quantitativas foi realizada com o auxílio da média, desvio padrão, mediana, mínimo e máxima. As variáveis qualitativas foram analisadas pela frequência absoluta e relativa (%) e algumas variáveis foram

categorizadas. Os resultados foram apresentados para cada gênero e ao total de pacientes entrevistados em forma de tabelas e gráficos. Posteriormente, os dados foram analisados, estatisticamente, no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) Inc., versão 20. O estabelecimento de associações estatisticamente significativas das variáveis polifarmácia, problemas de saúde, automedicação e adesão terapêutica, com as demais variáveis utilizadas neste estudo foram realizadas por meio do teste chi-quadrado de Pearson – utilizado para se verificar se duas variáveis e seus níveis possuem ou não uma dependência (associação) estatística – fixando um nível de significância (α) de 5% e 95% de confiança estatística. O resultado de cada comparação possui uma estatística expressa em p -valor, e se $p < 0,05$, ou seja, menor que o nível de significância (α), as variáveis são dependentes, logo, estão associadas.

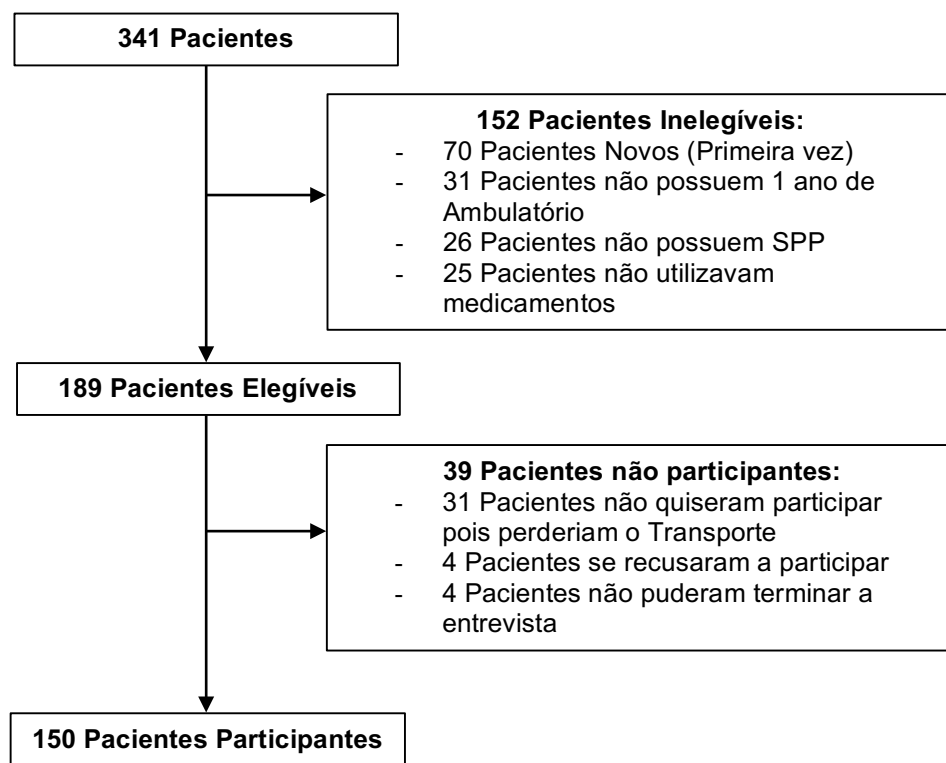
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo CEP/UNIFESP, projeto n. 0618/2016; parecer n. 1615.206; CAAE 56056316.500005505 (Ver Anexo A), de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), e obteve parecer favorável para sua realização junto a Coordenadoria de ensino e Pesquisa do Hospital São Paulo – HU/UNIFESP (Ver Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 150 pacientes com SPP, aplicando o modelo final do formulário após a execução do projeto piloto. As entrevistas foram realizadas no período de agosto/2016 a agosto/2017. Entre os 341 pacientes abordados, 152 (44,57%) não atendiam aos critérios de inclusão do estudo, e 39 (11,44%) se recusaram ou não puderam participar. Vale ressaltar que dentro dos 341 pacientes que não atendiam os critérios de inclusão, 7,33% não utilizavam medicamentos. (Ver Figura 5).

Figura 5 – Fluxograma da seleção dos pacientes com síndrome Pós-poliomielite para inclusão no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS PACIENTES DO ESTUDO

Os dados sociodemográficos e econômicos dos 150 pacientes com SPP entrevistados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Dados Sociodemográficos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sexo	111 (74,00)	39 (26,00)	150 (100,00)

continua

continuação

Dados Sociodemográficos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Estado civil			
Casado/amasiado	74 (49,33)	29 (19,33)	103 (68,66)
Solteiro	23 (15,33)	7 (4,67)	30 (20,00)
Divorciado/Separado	10 (6,67)	3 (2,00)	13 (8,67)
Viúvo	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Cor da pele			
Branco	84 (56,00)	27 (18,00)	111 (74,00)
Negro	13 (8,67)	8 (5,33)	21 (14,00)
Pardo	11 (7,33)	3 (2,00)	14 (9,33)
Amarelo/Oriental	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Procedência			
São Paulo	89 (59,33)	32 (21,33)	121 (80,67)
Rio de Janeiro	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Minas Gerais	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Espírito Santo	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Mato Grosso	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Goiás	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Mato Grosso do Sul	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)
Bahia	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Paraná	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Rio Grande do Sul	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

continuação

Dados Sociodemográficos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Escolaridade (anos de Estudo)			
≤5 anos de estudo	14 (9,33)	5 (3,33)	19 (12,67)
6 a 9 anos de estudo	8 (5,33)	3 (2,00)	11 (7,33)
10 a 12 anos de estudo	45 (30,00)	11 (7,33)	56 (37,33)
≥13 anos de estudo	44 (29,33)	20 (13,33)	64 (42,67)
Escolaridade			
Analfabeto	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Fundamental I Completo	10 (6,67)	4 (2,67)	14 (9,33)
Fundamental I Incompleto	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Fundamental II Completo	8 (5,33)	3 (2,00)	11 (7,33)
Ensino Médio Completo	38 (25,33)	10 (6,67)	48 (32,00)
Ensino Médio Incompleto	7 (4,67)	1 (0,67)	8 (5,33)
Ensino Superior Completo	34 (22,67)	12 (8,00)	46 (30,67)
Ensino Superior Incompleto	7 (4,67)	5 (3,33)	12 (8,00)
Pós-graduação	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Mestrado	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Doutorado	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Renda			
Trabalha/Aposentado	102 (68,00)	38 (25,33)	140 (93,33)
Não trabalha	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)

continua

Dados Sociodemográficos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Ocupação			
Aposentado	50 (33,33)	23 (15,33)	73 (48,66)
Não trabalham	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)
Trabalham	52 (34,67)	15 (10,00)	67 (44,67)

Fonte: Produção da própria autora

Foram entrevistadas 111 mulheres (74%) e 39 homens (26%), evidenciando maior frequência para o sexo feminino, podendo ser observado de forma semelhante em outros estudos (HALSTEAD; ROSSI, 1985; HALSTEAD; ROSSI, 1987; AGRE; RODRIGUEZ; SPERLING, 1989; REKAND et al., 2000; FARBU; REKAND; GILHUS, 2003; CONDE et al., 2009; QUADROS et al., 2012; MELIN; KAHAN; BORG, 2015; MOTTA, 2017). Entretanto, alguns estudos divergem desse resultado, demonstrando predominância do sexo masculino na amostra (OLIVEIRA, MAYNARD, 2002; CUNHA et al., 2003; DALAKAS et al., 1986; DAVIDSON et al., 2009). Quanto a maior frequência para o sexo feminino na amostra, pode-se atribuir ao fato de que as mulheres se preocupam e observam melhor a sua saúde, buscando mais os serviços de saúde e tratamento em relação ao sexo masculino (AHLSTROM; KARLSSON, 2000; PINHEIRO et al., 2002). É importante ressaltar que estudos apontam o sexo feminino como um fator de risco para desenvolvimento da SPP (RAMLOW et al., 1992; RAGONESE et al., 2005; BERTOLASI et al., 2012).

A maior parte dos pacientes se auto declararam brancos – 74% (84 mulheres e 27 homens) e 68,66% casados, ratificando os achados com outros estudos, tanto internacionais quanto nacionais. Apesar das estatísticas demonstrarem que a maior parte da população brasileira é constituída por indivíduos negros, e que estes possuem menor renda e menores índices de escolaridade, uma provável hipótese para a predominância de brancos nesta pesquisa se dá pelo maior acesso a informação por parte desse grupo, e conseqüente procura por auxílio e tratamento médico (KALPAKJIAN et al., 2005; QUADROS, 2005; STUIFBERGEN et al., 2005; STOELB et al., 2008; PEREIRA, 2009; HIRSH et al., 2010; VIANA, 2010; JENSEN et

al., 2011; WERHAGEN; BORG, 2013; SCHWARTZ et al., 2014; WINBERG et al., 2014; YANG et al., 2015; MOTTA, 2017; NOLVI et al., 2018).

Em relação a procedência dos pacientes da pesquisa, 80,67% moravam no Estado de São Paulo. Essa elevada frequência pode ser justificada pelo fato de que o referido ambulatório, onde foi realizada a pesquisa, localiza-se na cidade de São Paulo – SP (QUADROS, 2010; MOTTA, 2017).

A média do nível de escolaridade encontrada nos pacientes com SPP foi de 13 anos (DP± 4,60), sendo que 42,67% da amostra possuía pelo menos 13 anos de estudos, enquanto 32% relataram ter ensino médio completo e 30,64% ensino superior completo. Esse dado é semelhante ao encontrado por outros estudos (STUIFBERGEN et al., 2005; CONDE, 2007; STOELB et al., 2008; PEREIRA, 2009; HIRSH et al., 2010; JENSEN et al., 2011; YANG et al., 2015; MOTTA, 2017; NOLVI et al., 2018), porém diverge do nível de escolaridade encontrado na população brasileira que, segundo o IBGE em 2014, 30,7% dos brasileiros com 25 anos ou mais de idade, possuíam 11 a 14 anos de estudo (IBGE, 2014). Esse dado é muito relevante, pois a literatura demonstra correlação entre a escolaridade e a gravidade da doença, bem como o alto nível de escolaridade e a idade de início da SPP (CONDE, 2007), o que, em tese, indicaria que mais anos de estudo agiriam como um fator de proteção para SPP, pois a busca de informações, de serviços e profissionais da saúde podem ajudar no retardo do aparecimento da SPP (PEREIRA, 2009). Além do mais, esse dado de escolarização pode ser justificado pelo fato de que indivíduos com sequela de Poliomielite parálitica tenderam se preparar e alcançar níveis de excelência em muitas áreas da vida, dessa forma, o preparo acadêmico auxiliaria a superar a deficiência física através da busca por melhores e mais avançados tratamentos (FREUDEMBERG et al., 1989; BRUNO; FRICK, 1991).

Observou-se, também, no presente estudo que, 93% declararam possuir renda, seja por seguridade social (aposentadoria), vínculo empregatício ou pró-labore. Em pesquisa realizada sobre o desenvolvimento, estrutura fatorial e validação inicial do Índice de SPP com 849 pacientes, verificou-se que, 91,10% deles possuíam renda através de vínculo empregatício ou aposentadoria (KALPAKJIAN et al., 2005), assim como observado no estudo de Silva et al. (2016) que apresentaram 93% dos pacientes relatando possuir renda por vínculo empregatício ou aposentadoria, corroborando com este achado.

A respeito da ocupação, 48,66% eram aposentados e 6,67% desempregados,

não exercendo, dessa forma, nenhuma força laboral. Os achados são similares ao estudo de Silva et al. (2016) onde foram observados, num estudo retrospectivo na Suécia com 89 pacientes, que 7% eram desempregados e 56% aposentados, dados também apoiados por outros estudos (WERHAGEN; BORG, 2013; SCHWARTZ et al., 2014; WINBERG et al., 2015; SILVA et al., 2016). O estudo de Pereira, (2009) demonstrou a diminuição das atividades laborais com o passar do tempo nos indivíduos com história de poliomielite paralisante.

A idade e a faixa etária dos pacientes no momento da pesquisa, a idade que os pacientes foram acometidos pela Pólio e a faixa etária, a idade do aparecimento dos primeiros sintomas da Síndrome e o tempo do intervalo entre a Pólio e a SPP podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Idade, idade na Pólio, faixa etária, idade do início da SPP e o intervalo entre a Pólio e a SPP, dos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Idade	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Idade (anos)			
Média ± DP	52,95 ±8,00	53,31 ±7,34	53,04 ±7,81
Min-Max	38-75	39-78	38-78
Mediana	53	53	53
Moda	57	58	57
38-45	24 (16,00)	4 (2,67)	28 (18,67)
46-55	41 (27,33)	22 (14,67)	63 (42,00)
56-64	37 (24,67)	11 (7,33)	48 (32,00)
65-78	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)
>60 anos	19 (12,67)	4 (2,67)	23 (15,33)
Idade Pólio (anos)			
Média ± DP	1,77 ±2,63	1,95 ±1,69	1,82 ±2,41
Min-Max	0,25 – 20	0,17 - 8	0,17 - 20
Mediana	1,08	1,5	1,17
Moda	2	2	2
≥1 a <2	36 (24,00)	14 (9,33)	50 (33,33)
<1	41 (27,34)	8 (5,33)	49 (32,67)

continua

conclusão			
Idade	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
≥2 a <3	22 (14,67)	8 (5,33)	30 (20,00)
≥3 a <4	4 (2,67)	5 (3,33)	9 (6,00)
≥4 a <9	6 (4,00)	4 (2,67)	10 (6,67)
≥9 a ≤20	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Idade início da SPP (anos)			
Média ± DP	46,70 ± 8,12	46,28 ± 7,35	46,59 ± 7,90
Min-Max	29-73	30-66	29-73
Mediana	47	46	47
Moda	50	39	46
Intervalo entre a Pólio aguda e início da SPP (Anos)			
Média ± DP	44,93 ± 8,41	44,33 ± 7,12	44,78 ± 8,07
Min-Max	27-71	29,66-58	27-71
Mediana	45	38	45
Moda	43	44	40

Fonte: Produção da própria autora.

A idade variou de 38 e 78 anos, com média de 53 anos ($DP \pm 7,8$), sendo que 42% dos pacientes possuíam idade entre 46 e 55 anos. Semelhantemente, um estudo a longo prazo, com média de 8,2 anos de seguimento, e 27 pacientes com SPP para a verificação da função neuromuscular, revelou que a média de idade dos participantes foi de 50,6 anos com variação entre 36 e 69 anos (DALAKAS et al., 1986). Outro estudo, de acompanhamento de 15 anos da função neuromuscular em pacientes com Poliomielite prévia, demonstrou entre 38 pacientes uma média de idade de 53 anos com variação entre 36 e 71 anos (DAUBE; SORENSON; WINDEBANK, 2009). Dados similares são observados em um estudo de quatro anos de acompanhamento em pessoas com efeitos tardios da Pólio, onde se apresentou média de idade de 58 anos ($DP \pm 13,5$), variando entre 18 e 84 anos entre 106 pacientes, onde 59 estavam na faixa etária de 45 a 64 anos (THORÉN-JÖNSSON; WILLÉN; SUNNERHAGEN, 2009). Podemos também verificar que Rekind et al. (2004) encontraram média de idade de 56 anos ($DP \pm 10$); enquanto BANG et al. (2014) observaram média de 51,2 anos ($DP \pm 8,3$) com 60% dos participantes acima

de 50 anos de idade; e por fim, o estudo de Bertolasi et al. (2012) apresentou 219 participantes entre 35 e 88 anos, demonstrando uma média de idade de 56 anos.

Esses achados vêm corroborando com a literatura, demonstrando que não se deve correlacionar o quadro sintomático da doença com o processo do envelhecimento e, sim, com a fisiopatologia da doença, uma vez que, a perda de células do corno anterior e a diminuição das unidades motoras associadas ao envelhecimento tornam-se proeminentes apenas após os 60 anos de vida. Diante disso, vemos que o processo de envelhecimento normal não se pode aplicar ao quadro clínico da SPP, pois entre a terceira e quarta décadas de vida, os pacientes com SPP apresentam maior perda de força e de unidades motoras do que em pessoas saudáveis, já que mais fibras musculares são desnervadas dentro de uma unidade motora gigante (GRIMBY et al., 1998; MAYNARD; HEADLEY, 2000; QUADROS, 2005).

Quando verificada a idade em que os pacientes adquiriram a Poliomielite, observou-se que variava de dias de vida a 21 anos de idade, com média de 1,8 anos ($DP \pm 2,4$) ou aproximadamente 20 meses, podendo-se ressaltar que 66% dos pacientes adquiriram o vírus da Poliomielite antes dos dois anos de idade; dados bastante similares a outros estudos (QUADROS, 2005; RAGONESE et al., 2005; CONDE, 2007; STOLWIJK-SWÜSTE et al., 2007; BERTOLASI et al., 2012; BANG et al., 2014; BERTOLASI et al., 2016; WERHAGEN; BORG, 2016; MOTTA, 2017).

De acordo com os prontuários dos pacientes entrevistados, foi averiguado que a idade do aparecimento dos primeiros sintomas da Síndrome variavam entre 29 e 73 anos, com média idade de 46 anos ($DP \pm 7,9$); e onde a média do intervalo entre a Poliomielite aguda com a SPP foi de 44 anos ($DP \pm 8,0$), variando entre 25 e 71 anos, demonstrando similaridade com alguns estudos; apesar do período de estabilidade funcional ser também variável nos estudos, pois o menor período encontrado foi de 8 anos e o maior de 71 anos (OLIVEIRA; QUADROS, 2009). Estudos como de Bertolasi et al. (2016), com 28 pacientes, em acompanhamento no norte da Itália, encontraram um período mínimo de 20 anos e máximo de 58, com média de 41 anos entre o período de início da Poliomielite aguda e o início da SPP. Em outro estudo, Bertolasi et al. (2012) analisou uma coorte de 219 pacientes com SPP que tiveram média de 44,9 anos ($DP \pm 9$) para o início dos sintomas da Síndrome, encontraram um platô de estabilidade de 42,7 anos. Podemos citar ainda estudos como de Nolvi et al. (2018) com 93 pacientes apresentando início dos sintomas com 46,6 anos ($DP \pm 9$), e o

estudo de Marin et al. (2017) com 119 pacientes que relataram início dos sintomas da SPP com 41 anos.

5.2 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES DO ESTUDO

As características Antropométricas dos 150 pacientes com SPP entrevistados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3 – Características antropométricas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Dados sobre características antropométricas	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Peso (Kg)			
Média ± DP	67,83 ±15,08	79,77 ±18,43	70,93 ±16,80
(Min-Max)	32-114	50-125	32-125
Mediana	66	77	69
Moda	55	90	67
Altura			
Média ± DP	1,56 ±0,08	1,68 ±0,10	1,59 ±0,10
(Min-Max)	1,30-1,82	1,40-1,87	1,30-1,87
Mediana	1,55	1,69	1,59
Moda	1,50	1,68	1,50
IMC			
Média ± DP	27,91 ±5,06	27,92 ±4,77	27,85 ±4,97
(Min-Max)	17,10 - 40,57	18,82 - 39,01	17,10 - 40,57
Mediana	27,53	27,77	27,54
Moda	25,81	25,51	25,51
Faixa IMC			
<18,5	1 (0,67)	0 (0,0)	1 (0,67)
≥ 18,5 e < 25	28 (18,67)	10 (6,67)	38 (25,33)
≥ 25 e < 30	45 (30,0)	15 (10,0)	60 (60,00)
≥ 30	37 (24,66)	14 (9,33)	51 (34,00)

Fonte: Produção da própria autora.

Os parâmetros indicados pelo Ministério da Saúde para avaliação do estado nutricional são o Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro da cintura ou circunferência da cintura. O IMC é calculado dividindo-se o peso (em kg) pelo

quadrado da altura (em metros). O resultado do cálculo do IMC deve ser analisado de acordo com a classificação definida pela OMS como segue: baixo peso (<18,5), peso adequado ($\geq 18,5$ e < 25), sobrepeso (≥ 25 e < 30) e obesidade (≥ 30) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Diante disto, o presente estudo verificou o peso e altura dos pacientes entrevistados, e obteve em média um IMC de 27,85 (DP \pm 4,97), onde 60% da amostra está na faixa de sobrepeso (≥ 25 e < 30). Esses dados corroboram com achados de estudos nacionais (VIANA, 2010; LIRA et al., 2013; MARIN et al., 2017) e internacionais (GAWNE; WELLS; WILSON, 2003; YELNIK et al., 2013; WINBERG et al., 2014).

Maynard e Headley (2000) ressaltam que para pacientes com SPP, o peso adicional por excesso de gordura pode exacerbar a nova fraqueza muscular, agravando a generalidade dos problemas de mobilidade, interferindo seriamente na respiração, aumentando riscos de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, pedras na vesícula, entre outras morbidades. Sabendo que o excesso de gordura corporal é causado, quase sempre, por um acúmulo de energia da alimentação, superior àquele usado pelo organismo para sua manutenção e realização das atividades do dia-a-dia, é recomendado ao paciente de SPP que perca peso pela diminuição da ingestão de calorias, já que a atividade física para esses pacientes deve ser feita de forma moderada, sob uma forma de poupar dispêndio desnecessário de energia.

As características clínicas dos 150 pacientes com SPP entrevistados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 – Características clínicas dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Dados Clínicos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sequela atual			
Plegia	5 (3,33)	4 (2,67)	9 (6,00)
Tipo de Plegia			
Monoplegia	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)

continua

continuação

Dados Clínicos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Diplegia	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Membro acometido na Plegia			
Membro Inferior Esquerdo (MIE)	4 (2,67)	3 (2,00)	7 (4,67)
Membro inferior Direito (MID)	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,3)
Membro Superior Esquerdo (MSE)	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Paresia	111 (74,0)	39 (26,0)	150(100,0)
Tipo de Paresia			
Monoparesia	37 (24,67)	14 (9,33)	51 (34,0)
Diparesia	44 (29,33)	16 (10,67)	60 (40,0)
Triparesia	10 (6,67)	2 (1,33)	12 (8,00)
Quadriparesia	20 (13,33)	7 (4,67)	27 (18,0)
Membro acometido na Paresia			
Membro Inferior Esquerdo (MIE)	79 (52,67)	25 (16,67)	104 (69,33)
Membro inferior Direito (MID)	82 (54,67)	20 (20,0)	112 (74,67)
Membro Superior Esquerdo (MSE)	32 (21,33)	12 (8,00)	44 (29,33)
Membro Superior Direito (MSD)	33 (22,0)	13 (8,67)	46 (30,67)
Uso de Suporte Ventilatório	11 (7,33)	12 (8,00)	23 (15,33)
Sintomas da SPP			
Nova Fraqueza muscular	111 (74,00)	39 (26,00)	150 (100,00)
Dor Muscular	100 (66,67)	35 (23,33)	135 (90,00)
Dor articular	104 (69,33)	31 (20,67)	135 (90,00)

continua

Dados Clínicos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Intolerância ao Frio	95 (63,33)	30 (20,00)	125 (83,33)
Fadiga	97 (64,67)	32 (21,33)	129 (86,00)
Distúrbio do Sono	86 (57,33)	26 (17,33)	112 (74,67)
Ansiedade	81 (54,00)	31 (20,67)	112 (74,67)
Dificuldade de Memória/Concentração	77 (51,33)	27 (18,00)	104 (69,33)
Fasciculação	64 (42,67)	28 (18,67)	92 (61,33)
Câimbra	65 (43,33)	20 (13,33)	85 (56,67)
Dor de cabeça (cefaleia)	56 (37,33)	17 (11,33)	73 (48,67)
Depressão	53 (35,33)	17 (11,33)	70 (46,67)
Insuficiência respiratória (problemas Respiratórios)	34 (22,67)	16 (10,67)	50 (33,33)
Disfagia	42 (28,00)	16 (10,67)	58 (38,67)
Constipação Intestinal	41 (27,33)	14 (9,33)	55 (36,67)
Aumento de Peso Corporal	37 (24,67)	7 (4,67)	44 (29,33)
Incontinência Urinária	33 (22,00)	7 (4,67)	40 (26,67)
Insônia	30 (20,00)	8 (5,33)	38 (25,33)
Sonolência diurna	9 (6,00)	6 (4,00)	15 (10,00)
Síndrome das Pernas Inquietas	6 (4,00)	2 (1,33)	8 (5,33)
Sonolência	4 (8,00)	2 (1,33)	6 (4,00)
Disfonia	2 (1,33)	2 (1,33)	4 (2,67)

Cada paciente pode ter mais de um sintoma de SPP e mais de um membro acometido. Fonte: Produção da própria autora.

Esta pesquisa verificou que na fase atual da SPP, 40% dos pacientes apresentaram diparesia, com predomínio nos membros inferiores, igualmente observado no estudo de Quadros (2005) que contou com uma amostra de 127 pacientes e apresentou um maior percentual (36,4%) de diparesia na sequela atual; fato também notado no estudo de Gawne e Halstead (1995), realizado com uma casuística de 100 pacientes, que demonstrou que os membros inferiores dos pacientes com SPP são os mais comprometidos.

A pesquisa também revelou que 15,33% dos pacientes utilizam suporte ventilatório. Dado justificável, porque em doenças neuromusculares, os músculos respiratórios podem estar enfraquecidos ou paralisados e a parede torácica rígida, portanto, não elástica. Já que o poliovírus não danifica o tecido pulmonar ou os nervos do músculo das vias aéreas, e sim, os nervos bulbares (pólio bulbar), dessa forma, os músculos da garganta também podem ser enfraquecidos. Além do mais, o vírus também pode danificar os nervos espinhais (pólio espinhal), levando a um comprometimento ainda maior. Somando a esses quadros uma possível escoliose ou outras condições como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apneia do sono (obstrutiva, central ou mista), obesidade ou ser fumante dificultando exponencialmente o trabalho de respirar. Sobrepondo a todos esses fatores, pode estar o simples fato do envelhecer, levando ao aumento da fadiga, fraqueza, piora do sono, e baixa qualidade de vida. O saber lidar com a insuficiência ventilatória pode ser adquirido através de ventilação não invasiva a pressão positiva. Normalmente, a utilização da ventilação à noite costuma ser suficiente para corrigir a situação (MAYNARD; HEADLEY, 2000; BIENIEK et al., 2001).

Entre as características clínicas, podemos citar as que foram mais frequentes: Nova fraqueza muscular (100%); Dor muscular (90%); Dor articular (90%); Fadiga (86%); Intolerância ao frio (83,33%); Distúrbio do sono (74,67%). Sobre a fraqueza muscular, vale ressaltar que esse achado é justificado pelo fato de ser um dos critérios para o diagnóstico de SPP, e quanto aos achados das demais características clínicas encontradas, são ratificados em comparação com estudos que demonstram a realidade da população brasileira (QUADROS, 2005; CONDE, 2007; SILVA et al., 2010; MOTTA, 2017) e, também, de estudos internacionais (AGRE, 1989; KALPAKJIAN et al., 2005; BANG et al., 2014; BERTOLASI et al., 2016; GARIP et al., 2017). Esses achados, ratificados pela literatura de SPP, endossam ainda mais que a nova fraqueza muscular, a fadiga e a dores articulares e/ou musculares, juntamente,

com as alterações de eletroneuromiografia em uma pessoa com história de Poliomielite anterior aguda são sintomas fundamentais da SPP (HALSTEAD; GAWNE, 1996).

Na tabela 5 pode-se observar alergia a medicamentos relatados pelos pacientes com SPP, bem como seu descritivo. A relação completa da tabela 5 se encontra no Apêndice C.

Tabela 5 – Relatos de alergias a medicamentos pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Alergia a Medicamentos	36 (24,00)	9 (6,00)	45 (30,00)
Sulfonamidas	7 (4,67)	0 (0,00)	7 (4,67)
Penicilina Benzatina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Iodo – Contraste	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Diclofenaco de Sódio	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Dipirona Sódica	1 (0,67)	2 (1,33)	3 (2,00)
Cloridrato de Tramadol	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)

Fonte: Produção da própria autora.

A pesquisa revelou que 30% dos pacientes com SPP entrevistados possuem alergia ou sensibilidade a algum fármaco, e entre os principais fármacos relatados estão os antibióticos: Sulfonamidas (4,67%) e Penicilina Benzatina (4%). Dentro da busca na base de dados consultada para esses achados, não foram encontrados estudos que pudessem corroborar, sendo esses dados relevantes para se conhecer melhor o paciente com SPP. Contudo, é importante que haja mais estudos neste campo, uma vez que as reações de hipersensibilidade a fármacos têm aumentado de forma considerável à medida que vários medicamentos, nomeadamente anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e antibióticos, vêm sendo utilizados com maior frequência. Estima-se que, cerca de 7% da população, em geral, já referiu ter

tido alguma reação de hipersensibilidade a pelo menos um fármaco, com destaque aos antibióticos, seguidos dos AINEs (ENSINA et al., 2009; CAIADO, 2016).

Na tabela 6, é demonstrado pacientes que relataram terem tido complicações no pós-operatório decorrente de anestésias utilizadas em cirurgias, bem como os tipos de complicações que tiveram. A relação completa da tabela 6 se encontra no Apêndice D.

Tabela 6 – Complicações no pós-operatório entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Pacientes que realizaram cirurgias	109 (72,66)	35 (23,33)	144 (96,00)
Pacientes que relataram	34 (22,66)	6 (4,01)	40 (26,67)
Complicações no pós-operatório			
Demora no despertar pós-cirurgia	8 (5,33)	0 (0,00)	8 (5,33)
Vômitos (Êmese)/Enjoos	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Insuficiência respiratória	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Demora anormal no retorno dos Movimentos dos Membros inferiores	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)

Fonte: Produção da própria autora.

Dentre os pacientes com SPP entrevistados, 26,67% relataram que apresentaram complicações no pós-operatório de alguma cirurgia que realizaram. Estudos na área são insuficientes, despontando estudos de casos e considerações sobre a temática. No artigo de Lambert; Giannoulin; Schmidt (2005) sobre a SPP e anestesia, são referidos quatro casos, em que dois pacientes com SPP não apresentaram problemas e outros dois com intercorrências: um apresentou falência ventricular e o segundo teve parada cardiorrespiratória aguda, cerca de 1 hora do pós-operatório, não se recuperando da lesão cerebral resultante – foi presumido que a parada tenha sido o resultado de uma sobredose secundária à administração de opióides na presença de possível apneia estruturante do sono.

Vale lembrar que, quando um paciente com SPP se apresenta para uma cirurgia, é importante ter em mente que estes pacientes têm menos neurônios motores do que o normal, alguns dos quais, provavelmente, apresentando disfunção residual ou aumento da demanda metabólica devido às unidades motoras gigantes. Esses neurônios motores podem ser mais sensíveis aos efeitos dos fármacos e podem ter alterações relacionadas a farmacodinâmica resultante do número e/ou sensibilidade do local do receptor, como sensibilidade aumentada a alguns agentes anestésicos, narcóticos de ação prolongada, agentes neuromusculares, indutores e gases anestésicos inalatórios potentes, aumentando a fadiga, fraqueza e sonolência no pós-operatório (MARTYN et al., 1992; LAMBERT; GIANNOULIN; SCHMIDT, 2005; REZENDE et al., 2008; ROMERO; JOSHI, 2013; PEREIRA; CASTRO; BROCHADO, 2016).

Diante disto, tem se proposto realizar uma avaliação pré-operatória (anestésica) e, se necessário, uma avaliação respiratória, pois esses pacientes podem apresentar comprometimento respiratório, apneia do sono, dificuldade para engolir, intolerância ao frio e dor crônica. Entretanto, o cuidado anestésico deve, acima de tudo, centrar-se na preservação da função muscular no pós-operatório, para que o paciente com SPP tenha força muscular após o procedimento anestésico (LAMBERT; GIANNOULIN; SCHMIDT, 2005; WHEELER, 2011).

5.3 HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE DOS PACIENTES DO ESTUDO

Hábitos relacionados à Saúde dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 – Hábitos relacionados a Saúde dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Hábitos relacionados a Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Restrição Dieta/alergias			
Sem restrição	83 (55,33)	31 (20,67)	114 (76,00)

continua

continuação

Hábitos relacionados a Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Lactose	12 (8,00)	2 (1,33)	14 (9,33)
Açúcar	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)
Comidas Picantes (Síndrome do Intestino Irritável)	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Glúten	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Carnes (Vegetariano)	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Frutos do mar	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Carne Suína	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Corante vermelho "Carmim de cochonilha"	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Frutas cítricas	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Gordura	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Consumo de Bebida Alcoólica			
Nunca consumiu	33 (22,00)	5 (3,33)	38 (25,33)
Consome	9 (6,00)	10 (6,67)	18 (12,67)
Consome aos finais de semana	39 (26,00)	14 (9,33)	53 (35,33)
Já consumiu	30 (20,00)	10 (6,67)	40 (26,67)
Consumo de Cigarro			
Nunca consumiu	77 (48,00)	17 (11,33)	89 (59,33)
Consome	9 (6,00)	6 (4,00)	15 (10,00)
Já consumiu	30 (20,00)	16 (10,67)	46 (30,67)

continua

Hábitos relacionados a Saúde	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Consumo de café			
Nunca consumiu	2 (1,33)	2 (1,33)	4 (2,67)
Consome	106 (70,67)	37 (24,66)	143 (95,33)
Já consumiu	3 (2,0)	0 (0,00)	3 (2,00)
Frequência do uso do café			
1 vez ao dia	29 (19,33)	7 (4,67)	36 (24,00)
2 a 3 vezes ao dia	53 (35,33)	17 (11,33)	70 (46,67)
+ 3 vezes ao dia	19 (12,67)	12 (8,00)	31 (20,67)
Raramente	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Não toma	5 (3,33)	2 (1,33)	7 (4,67)

Fonte: Produção da própria autora.

Essa pesquisa pôde evidenciar dados sobre alguns hábitos relacionados à saúde, e que apesar da grande maioria dos pacientes relatarem não possuírem alergia ou restrição em sua dieta (76%), observa-se que 10% da amostra são fumantes, o que confirma os estudos de Söderholm et al. (2010), Melin, Kahan e Borg (2015) e Marin et al. (2017); enquanto 12,67% consomem bebida alcoólica, e sendo que 35,33% são consumidores alcoólicos pelo menos duas vezes por semana – aos finais de semana. Somente no estudo de Kang e Lin (2011) sobre perfil de comorbidade de sobreviventes de Poliomielite foi verificado, entre diversas variáveis, o uso de álcool como droga de abuso em 2032 pacientes que tiveram pólio, e apenas 4 (0,20%) pacientes declararam fazer o consumo de álcool; porém, o valor encontrado nesse estudo diverge com o achado desta pesquisa, tornando esse dado muito significativo.

Segundo Maynard e Headley (2000), os perigos de fumar são muitos, tanto para a população em geral como para os pacientes com SPP, porém, pode causar um maior comprometimento da função pulmonar em pessoas com envolvimento

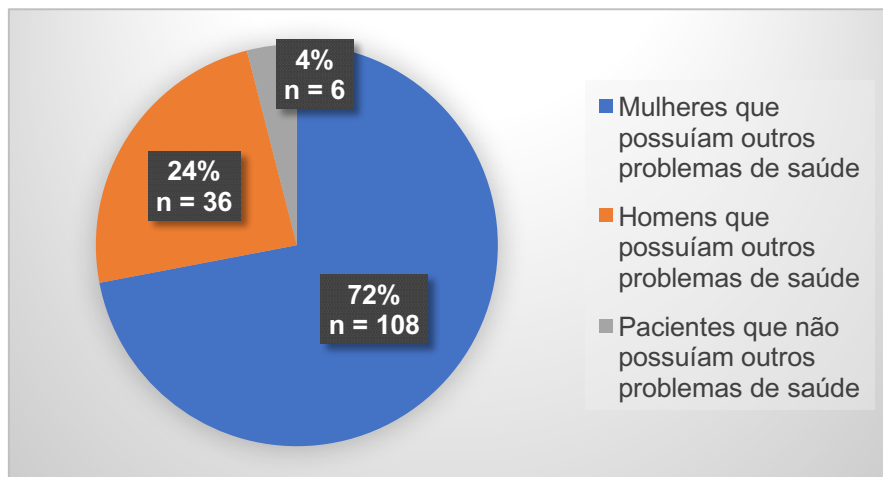
respiratório prévio devido a Poliomielite, já que o ato de fumar produz mucosidades e um excesso de secreções que necessitam ser retiradas, esforçando, ainda mais, os já enfraquecidos músculos expiratórios. Sobre o uso de bebida alcoólica, os mesmos autores afirmam que o álcool, por ser uma droga depressora, deve ser evitado pelos sobreviventes da Pólio, uma vez que interfere com o engolir e a nutrição, dificulta o discernimento e a coordenação, podendo levar a quedas e outros acidentes. Especial atenção deve ser dada na presença de qualquer insuficiência respiratória, onde deve-se evitar a ingestão de álcool antes de se deitar, dado que o álcool pode perturbar os centros autônomos da respiração no tronco cerebral e, igualmente, originar um aumento do relaxamento dos músculos da faringe, conduzindo a uma apneia do sono do tipo obstrutiva. Além do mais, deve-se ter atenção nas possíveis interações do álcool com os diferentes tipos de medicamentos utilizados pelos pacientes para SPP e diversos problemas de saúde concomitantes à SPP, podendo inibir ou induzir os efeitos dos mesmos (MAYNARD; HEADLEY, 2000; REKAND et al., 2004; RAGONESE et al., 2005; MOHAMMAD et al., 2009; KANG; LIN, 2011).

Em relação ao consumo de café, a pesquisa revelou que 95,33% dos pacientes consomem café, sendo que 46,67% consomem entre duas e três vezes ao dia. De acordo com a estratégia de busca utilizada nessa pesquisa, não foram encontrados estudos dentro da literatura de SPP que corroborassem com esse achado, tornando esse dado importante sobre o comportamento dos pacientes deste estudo. O café é composto por uma gama de substâncias, entre elas, destacam-se o cafestol, o caveol, os ácidos clorogênicos e a cafeína, sendo esta a que configura a identidade do café, em grande parte. Apesar de sabermos que ela pode trazer benefícios como alívio da fadiga, aumento da energia para melhor desempenho físico, redução da dor muscular e dores de cabeça, em contraponto, pode exacerbar a ansiedade, contribuir para o aumento do distúrbio do sono, incontinência urinária, problemas de concentração, irritabilidade, constipação, efeitos já presentes em pacientes com SPP (TAVARES; SAKATA, 2012; CAZARIM; UETA, 2014).

5.4 PROBLEMAS DE SAÚDE CONCOMITANTES À SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE

A figura 6 apresenta a distribuição de outros problemas de saúde entre os pacientes entrevistados com SPP e a Tabela 8 demonstra os principais problemas de saúde concomitantes a SPP. A relação completa de todos os problemas de saúde que os pacientes apresentaram encontra-se no Apêndice E.

Figura 6 – Distribuição de outros problemas de saúde entre os pacientes incluídos no estudo concomitantes à Síndrome Pós-poliomielite. São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 8 – Problemas de saúde concomitantes à Síndrome Pós-poliomielite dos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

Problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Hipertensão Arterial (HAS)	50 (33,33)	18 (12,00)	68 (45,33)
Artrose	52 (34,67)	7 (4,67)	59 (39,33)
Dislipidemia	43 (28,67)	15 (10,00)	58 (38,67)
Transtornos Psicológicos	39 (26,00)	13 (8,67)	52 (34,67)
Dispepsia/Gastrite	44 (29,33)	10 (6,67)	54 (36,00)

continua

Problemas de Saúde	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Problemas respiratórios	36 (24,00)	7 (4,67)	43 (28,67)
Hipotireoidismo	26 (17,33)	0 (0,00)	26 (17,33)
Enxaqueca	16 (10,67)	8 (5,33)	24 (16,00)
Osteoporose	19 (12,67)	4 (2,67)	23 (15,33)
Diabetes Mellitus (DM)	15 (10,00)	7 (4,67)	22 (14,67)
Fibromialgia	15 (10,00)	4 (2,67)	19 (12,67)
Refluxo	12 (8,00)	4 (2,67)	16 (10,67)
Labirintite	13 (8,67)	2 (1,33)	15 (10,00)
Anemia	11 (7,33)	0 (0,00)	11 (7,33)
Arritmia	7 (4,67)	4 (2,67)	11 (7,33)

Cada paciente pode ter mais de um problema de saúde. Problemas respiratórios (Rinite, Bronquite, Sinusite, Asma, Enfisema Pulmonar). Transtornos Psicológicos (Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Doença do Pânico). Fonte: Produção da própria autora.

A pesquisa identificou que 96% dos pacientes com SPP entrevistados possuem problemas de saúde concomitantes a SPP, sendo que 58% possuíam até quatro problemas de saúde e 42% dos pacientes possuíam cinco ou mais problemas de saúde. O presente estudo obteve média de 4,02 problemas de saúde por paciente (DP± 2,28), com relatos de até doze problemas de saúde concomitantes a SPP; onde mulheres aparecem com média de 4,27 outros problemas de saúde (DP± 2,30), e apresentando até doze problemas de saúde concomitantes com a síndrome; e homens com média de 3,31 outros problemas de saúde (DP± 2,09), e apresentando até oito problemas de saúde concomitantes com a Síndrome.

Dados sobre problemas de saúde concomitantes à SPP são carentes na literatura nacional e internacional. Destaca-se o estudo transversal de Werhagen e Borg (2013) sobre o impacto da dor na qualidade de vida em pacientes com SPP, em que se dividiu os pacientes em dois grupos: 77 pacientes com dor e 37 pacientes sem

dor. Entre suas variáveis, analisou-se a presença de doenças concomitantes: doenças cardiovasculares, artrite, câncer, depressão; e pôde-se verificar que 46% dos pacientes do grupo com dor apresentaram doenças concomitantes a SPP e 36% dos pacientes do grupo sem dor exibiram presença de doenças concomitantes a SPP. Os autores destacam, ainda, que as cargas relativas de outras doenças podem levar a dificuldades de movimentos e a exacerbação dos sintomas da SPP contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida. Já o estudo de Ragonese et al. (2005) com 48 pacientes com SPP, 20,8% apresentaram outros diagnósticos de doenças concomitantes a SPP. Esses estudos divergem do resultado expressivo que esta pesquisa identificou, onde 96% dos pacientes entrevistados possuem problemas de saúde concomitantes a SPP; entretanto, esta pesquisa concorda com os autores dos referidos estudos ao afirmarem que as cargas relativas de outras doenças podem levar a dificuldades de movimentos e exacerbação dos sintomas da SPP, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida.

A tabela 8 identifica os principais problemas de saúde concomitantes com a SPP, em destaque: Hipertensão arterial (45,33%); Artrose (39,33%); Dislipidemia (38,67%); Transtornos psicológicos (34,67%); Dispepsia/Gastrite (36%); Problemas respiratórios (28,67%); Hipotireoidismo (17,33%); Enxaqueca (16%); Osteoporose (15,33%); e, Diabetes Mellitus (14,67%). É importante ressaltar que algumas doenças como a diabetes e hipotireoidismo, estavam controladas no momento que os pacientes foram diagnosticados com a SPP, pois essas doenças podem confundir o diagnóstico se não controladas, já que são fatores considerados excludentes para SPP.

Alguns estudos abrangeram quais problemas de saúde são mais frequentes, como o estudo de Atwal et al. (2013) com amostras de sobreviventes com Poliomielite e SPP no Reino Unido, no total de 366 pacientes, onde se constatou que 244 pessoas tinham SPP com média de idade de 54 anos; desses, 37% tinham alguma doença cardiovascular; outros 37% artrite; 20% depressão e 14% osteoporose. Já o estudo de Han, Lim e Suh (2015) sobre a Obesidade e a Função Pulmonar em Sobreviventes de Pólio, com uma amostra de 76 pacientes, e média de idade de 51 anos ($DP \pm 7,78$), observou que 24,7% apresentaram hipertensão e 12,3% Diabetes Mellitus.

Outro estudo importante é de Gawne, Wells e Wilson (2003), que aponta os Fatores de risco cardíaco em sobreviventes de Poliomielite, em uma revisão retrospectiva de 88 prontuários de pacientes com SPP, atendidos na clínica *Roosevelt*

Warm Springs Institute, entre junho de 1999 e janeiro de 2000, verificou-se que 50% dos pacientes possuíam Hipertensão, 61,3% apresentavam Dislipidemia, 8% Diabetes Mellitus, 28,4% apresentavam IMC de 25Kg/m² e 46,5% tinham mais de um fator de risco para doença arterial coronariana. Dessa forma, os autores Gawne, Wells e Wilson (2003), Agre, Rodriguez e Sperling (1990) e Melin, Kahan e Borg (2015), mencionam que os pacientes com SPP têm uma alta prevalência de fatores de risco para doença cardíaca coronariana, bem como outras doenças relacionadas ao coração.

Um ponto ressaltado nesses estudos é que os sinais e sintomas comuns de doença coronariana, que incluem dor torácica por esforço, falta de ar e/ou desconforto no peito após o repouso, inchaço e uma tendência a fadiga facilmente, também, são sintomas relatados na SPP, e essa semelhança pode representar um problema para indivíduos com SPP: uma vez que, podem não ser reconhecidos como sintomas cardiovasculares, portanto, mais graves (AGRE; RODRIQUEZ; SPERLING, 1990; GAWNE; WELLS; WILSON, 2003). Além do mais, segundo Melin, Kahan e Borg (2015) e Orsini et al. (2016) as doenças cardiovasculares têm uma alta incidência e prevalência, progredindo para os desfechos de morbidade e mortalidade na população em geral e que não devem ser ignorados na SPP, podendo se ter, também, uma história familiar de doenças cardiovasculares como: Obesidade, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Hipertensão, aumento do Colesterol LDL, Colesterol HDL baixo e Dislipidemia, potencializando o risco em pacientes com SPP ainda mais.

Na mesma linha de pesquisa pode-se citar o estudo de Schwartz et al. (2014) em que uma amostra de 195 pacientes com SPP, aproximadamente 45% apresentavam hipertensão, e o estudo de Bertolasi et al. (2016), que consistiu em uma pesquisa feita com 28 pacientes com SPP, 25% apresentavam hipertensão arterial, 11% Diabetes Mellitus e 7% Hipotireoidismo; bem como, o estudo de Melin, Kahan e Borg (2015) que teve o valor significativo de 38% de Hipertensos entre seus 89 participantes da pesquisa. No Brasil, o estudo de Marin et al. (2017) sobre a Síndrome das pernas inquietas em pacientes com SPP, realizado com 119 pacientes, os autores detectaram prevalência de 27% de Hipertensão, 7% com Hipotireoidismo e 3% com Diabetes Mellitus. Entretanto, as informações para a realidade brasileira ainda são limitadas, sendo relevante a confecção de mais estudos com relação a problemas de saúde concomitantes a SPP. Os estudos apresentados nessa discussão corroboram

com os achados desta pesquisa, evidenciando ainda mais a presença de outros problemas de saúde concomitantes a SPP nessa população estudada.

Contudo, vale ressaltar ainda dois estudos importantes que confirmam os dados desta pesquisa, sendo o de Yang et al. (2015) que avalia Fatores Associados à Qualidade de Vida Reduzida em Sobreviventes de Pólio na Coréia, onde 120 pacientes sobreviventes da Poliomielite com ou sem SPP apresentaram 30,3% de Hipertensão e 15,2% de Diabetes Mellitus; e o segundo estudo, de Kang e Lin (2011), que descreve o perfil de comorbidades entre sobreviventes da Poliomielite em uma população chinesa, em que se comparou um grupo de 2.032 sobreviventes da Poliomielite com um grupo de 10.160 pacientes sem Poliomielite, onde 70% dos participantes tinham menos de 50 anos, e no grupo dos pacientes com Poliomielite foram detectadas as principais comorbidades: 31,10% Hipertensão, 19,49% Dislipidemia, 21,56% Enxaqueca, Diabetes Mellitus em 17,23% e Hipotireoidismo em 4,92%. Os autores analisaram também que os pacientes com Poliomielite, em comparação com o grupo controle, tinham chances mais consistentes e maiores de terem outros problemas de saúde, e em risco aumentado de terem vários outros problemas concomitantes. Deve-se lembrar que os pacientes com SPP apresentam baixos níveis de atividade física devido a sua incapacidade motora, sendo menos móveis do que a população normal, o que os expõe ao ganho de peso, dificuldades no exercício físico, aumento da fadiga, fraqueza e o risco de doença cardiovascular. Viver com os efeitos ao longo do tempo da Pólio, como visto, coloca-os em um potencial de risco de outros problemas de saúde como doenças crônicas, como as já relatadas: Diabetes e Hipertensão arterial, como também a doenças respiratórias e osteoporose (MAYNARD; HEADLEY, 2000; BARTELS; OMURA, 2005; LAFFONT et al., 2010; ORSINI et al., 2016).

Enquanto que estas doenças crônicas afetam geralmente a população idosa, nos pacientes com SPP acontecem em idades mais novas, potencializando o envelhecimento – alterações degenerativas precoces e debilidades físicas. Estudos sobre a evolução da força muscular mostraram que na população geral, após os 50 anos de idade, ocorre declínio de 1% na força muscular por ano, enquanto que, nos indivíduos com Pós-poliomielite o percentual chega a 2% ao ano (DALAKAS et al., 1986; AGRE et al., 1995; STALBERG; GRIMBY, 1995). Por outro lado, Dean (1991), descreve que a taxa normal de declínio da unidade motora com o avanço da idade tem sido estimada em 2% por década após a idade de vinte anos e 5% por década

após a idade de 60 anos. Esse declínio normal também ocorre em pessoas que tiveram Poliomielite e que, frequentemente, tem unidade motora deficiente e grande declínio funcional que resulta em incapacidade.

Campbell (1999) evidenciou a aceleração do envelhecimento nos sobreviventes da pólio ao comparar a frequência de determinadas doenças crônicas em 218 casos de sobreviventes da Pólio com um número idêntico de amostragem da mesma idade provenientes do levantamento de entrevistas de saúde pública; das 14 doenças crônicas examinadas em ambos os grupos, os sobreviventes da Pólio apresentaram maior taxa de mortalidade e morbidade. Esse exemplo fica mais acentuado para o grupo mais jovem de 45 a 64 anos em que a incidência de doenças crônicas foi duas vezes maior do que o restante da população com a mesma idade. Para se reduzir os riscos de uma aceleração do envelhecimento, as pessoas que envelhecem com Pólio necessitam de um maior número de serviços de prevenção nas idades mais jovens, e de prestadores de cuidados de saúde mais informados e instruídos acerca dos novos riscos de saúde relacionados ao envelhecimento, e de uma maior promoção de educação na saúde (MAYNARD; HEADLEY, 2000).

As pessoas com SPP experimentam uma série de outros problemas de saúde que influenciam tanto em seu estado de saúde, quanto em qualidade de vida. Pesquisas longitudinais são necessárias para entender o curso dessas situações crônicas e o impacto de múltiplos diagnósticos nos pacientes com SPP. Esforços também são necessários para desenvolver e testar a eficácia de intervenções para prevenir esses diagnósticos de saúde ou reduzir seu impacto negativo (MAYNARD; HEADLEY, 2000; RAGONESE et al., 2005; STOLWIJK-SWÜSTE et al., 2007; KANG; LIN, 2011; BANG et al., 2014; MELIN; KAHAN; BORG, 2015; SMITH; MOLTON; JENSEN, 2016).

5.5 PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS PACIENTES DA PESQUISA

5.5.1 Medicamentos Prescritos para a sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde

Foram relatados 747 medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP e/ou problemas de saúde concomitantes a SPP, sendo 582 medicamentos prescritos relatados por mulheres e 165 medicamentos prescritos relatados por homens.

Identificou-se 148 princípios ativos, 40 associações entre princípios ativos, duas associações com fitoterápicos, bem como sete fitoterápicos e três associações entre fitoterápicos. Alguns pacientes utilizaram até 14 medicamentos, sendo o número médio de cinco medicamentos por paciente ($DP \pm 3,06$). Os números médios de medicamentos utilizados por mulheres foi de 5,26 ($DP \pm 3,01$) e por homens 4,26 ($DP \pm 3,13$). Pôde-se verificar que 52% dos pacientes utilizavam cinco ou mais medicamentos. Em relação aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos com prescrição médica, oito pacientes (5,33%) relataram uso, sendo cinco mulheres (3,33%) e três homens (2%). Nenhum paciente relatou uso de drogas ilícitas.

De acordo com a estratégia de busca utilizada não foram encontrados estudos que pudesse corroborar com estes achados, sendo relevantes para se compreender o comportamento dos pacientes de SPP em relação ao uso de medicamentos. Entre os estudos internacionais foram achados apenas três estudos, e apesar de descreverem a quantidade de medicamentos que os pacientes utilizavam, este não foi o foco principal em is destes estudos. O estudo de Bickerstaffe, Beelen e Nollet (2010) sobre Circunstâncias e Consequências das quedas e fraturas em sobreviventes da Pólio, realizado com 305 pacientes, demonstrou que 14,42% utilizavam quatro ou mais medicamentos; já Da Silva, Zuckerman e Olkin (2017) em seu estudo sobre Relação de depressão e medicamentos na incidência de quedas e fraturas em pessoas com efeitos tardios da Pólio, com objetivo de verificar se as quedas nos pacientes de SPP estavam relacionadas ao número de medicamentos utilizados, evidenciou que, dos 144 participantes da pesquisa, 36% utilizavam quatro ou mais medicamentos e, ainda, o estudo de Hirsh et al. (2010) sobre fatores psicossociais e adaptação à dor em indivíduos com SPP, apontou que dos 57 pacientes que relataram dor utilizavam em média 2,7 ($DP \pm 0,9$) medicamentos por paciente.

Como apresentado, os números do presente estudo foram maiores que os encontrados nestes três estudos internacionais, assim, a média de uso de cinco medicamentos por paciente encontrada nesta pesquisa se caracteriza como Polifarmácia – o uso de cinco ou mais medicamentos por um indivíduo – contudo, tem sido mais expressivo seu uso na população idosa, devido à necessidade de tratar os vários estados de doença que se desenvolvem à medida que o paciente envelhece (CARVALHO et al., 2012; BALDONI et al., 2013; ROSA; CAMARGO, 2014; HOSSEINI et al., 2018).

É importante atentar que o consumo elevado de fármacos prescritos, associado a maior carga de outros problemas de saúde podem apresentar risco de resultados negativos para a saúde deste paciente, uma vez que a possibilidade de consumo de medicamentos inapropriados, não adesão ao tratamento, erros de medicação, prováveis interações medicamentosas (fármaco-fármaco ou fármaco-doença) e reações adversas levam a diminuição do status funcional do paciente, e da qualidade de vida, aumentando o risco de hospitalização e de custos com saúde ou, até mesmo, ao óbito (BALDONI et al., 2013; CASTILHO et al., 2018; HOSSEINI et al., 2018)

Com a Polifarmácia deve-se considerar dois pontos: o primeiro é a possibilidade destes pacientes com SPP sofrerem de um envelhecimento acelerado ou precoce como já apresentado, e aqui estudos têm evidenciado que as variações fisiológicas relativas ao envelhecimento tendem a alterar expressivamente a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos, apresentando maior sensibilidade aos efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos, causando mais dano do que benefício; e o segundo ponto que vale ressaltar é que estes pacientes acometidos pela Pólio podem ter um efeito ou uma reação adversa de um ou vários fármacos concomitantes potencializado, devido a quantidade de neurônios serem menor nesses pacientes do que o normalmente observado, como já esboçado. (MAYNARD; HEADLEY, 2000; ALMEIDA et al., 2017; PEREIRA et al., 2017).

5.5.1.1 Orientação, conhecimento e o uso dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde

Os dados sobre a orientação, conhecimento, uso dos medicamentos e efeitos adversos são apresentados na tabela 9.

Tabela 9 – Características sobre a orientação, conhecimento, uso e reações adversas dos medicamentos prescritos aos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150) (versão reduzida)

Orientação, conhecimento, uso e reações adversas dos Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Nenhuma orientação sobre a prescrição	79 (52,67)	27 (18,00)	106 (70,67)

continua

	conclusão		
Orientação, conhecimento, uso e reações adversas dos Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Não conhecer sobre a finalidade do medicamento	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Não utilizam conforme o médico prescreveu	57 (38,00)	16 (10,67)	73 (48,67)
Utilizam conforme a prescrição médica	108 (72,00)	39 (26,00)	147 (98,00)
Relataram efeito adversos relacionado ao medicamento	17 (11,33)	4 (2,67)	21 (14,00)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Para observar o comportamento dos pacientes em relação a prescrição, ver Apêndice F. Fonte: Produção da própria autora.

Ao analisar informações sobre a farmacoterapia prescrita aos pacientes, constatou-se que 70,67% dos pacientes relataram não receberem nenhuma orientação sobre a prescrição em, pelo menos, um de seus medicamentos prescritos, seja em relação a horário, como utilizar e/ou tempo de duração do tratamento; bem como, 48,67% dos pacientes relataram que não cumpriam a prescrição médica em um de seus medicamentos.

Em relação a esses dados, é importante considerar que informações insuficientes dada ao paciente durante a consulta ou na dispensação gera grandes dificuldades para a cumprimento e condução correta da terapêutica medicamentosa, podendo provocar ineficácia do tratamento ou complicações severas (DA SILVA; BANDEIRA; DE OLIVEIRA, 2012; LIMA; DUTRA; MARTINS, 2017). O não entendimento e/ou cumprimento do tratamento proposto, muitas vezes por ausência de informação verbal e/ou escrita, pode levar a erros referentes à dose, a horário e omissão. São necessárias orientações sobre a forma adequada de como fazer uso de cada medicamento: se com água, leite, suco e/ou alimentos, antes, durante ou após as refeições, bem como, informações sobre a importância do cumprimento dos horários estabelecidos, a quantidade de medicamento, duração do tratamento, informações sobre a possibilidade de eventuais ocorrências de reações adversas e qual a conduta a ser adotada (PEPE; CASTRO, 2000; PORTELA et al., 2010).

Vale lembrar, que o estudo demonstrou média de cinco medicamentos por paciente configurando Polifarmácia, possível fator expressivo para contribuir com as reações adversas (14%), com este não cumprimento da prescrição (48,67%) seja por

esquemas terapêuticos complexos, pela não compreensão ou por falta de orientação/informação, pois o estudo demonstrou que 70,67% dos pacientes relataram não receberem nenhuma orientação sobre os medicamentos prescritos em pelo menos um de seus medicamentos. Assim, é de suma importância traçar estratégias de educação em saúde para estes pacientes a fim de que cumpram e compreendam a prescrição (PORTELA et al., 2010; LIMA; DUTRA; MARTINS, 2017).

De acordo com a base dados utilizadas para a busca, não foram encontrados na literatura de SPP estudos que pudessem corroborar com estes achados, sendo assim estes dados ajudam a ter um olhar mais abrangente para os pacientes com SPP.

No Apêndice F, é apresentado o comportamento em relação a utilização dos medicamentos prescritos e, no Apêndice G, são descritos os medicamentos que os pacientes mais relataram quanto a orientação, conhecimento e a utilização; já no Apêndice H, constam todos os medicamentos com seus efeitos adversos relatados.

5.5.1.2 Classificação dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde de acordo com o sistema ATC

Na tabela10, é apresentada a classificação dos medicamentos utilizados pelos pacientes da pesquisa de acordo com o sistema ATC – Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), é destacado o uso de medicamentos do grupo N - Sistema Nervoso, que teve o maior índice de utilização com 72,67% dos pacientes. É importante considerar que cada paciente do estudo pode ter utilizado mais de um medicamento e de grupos diferentes.

Tabela 10 – Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Classificação ATC – Grupo Anatômico Principal	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Grupo A – Aparelho digestivo e Metabolismo	80 (53,33)	26 (17,33)	106 (70,67)

continua

Classificação ATC – Grupo Anatômico Principal	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Grupo B – Sangue e órgãos Hematopoiéticos	12 (8,00)	4 (2,67)	16 (10,67)
Grupo C – Aparelho Cardiovascular	64 (42,67)	22 (14,67)	86 (57,33)
Grupo D – Medicamentos dermatológicos	4 (2,66)	1 (0,67)	5 (3,33)
Grupo G – Sistema Gênilo-urinário e hormônios sexuais	17 (11,33)	2 (1,33)	19 (12,67)
Grupo H – Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormonais sexuais	27 (18,00)	0 (0,00)	27 (18,00)
Grupo J – Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Grupo L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Grupo M – Sistema Musculoesquelético	29 (19,33)	8 (5,33)	37 (24,66)
Grupo N – Sistema Nervoso	82 (54,67)	27 (18,00)	109 (72,67)
Grupo R – Aparelho respiratório	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)
Grupo S – Órgãos do Sentido	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)
Grupo diversos – Não Classificados	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento e de grupos diferentes. Fonte: Produção da própria autora.

Assim, na tabela 11 é mostrada a distribuição dos medicamentos utilizados pelos pacientes da pesquisa, de acordo com o sistema de classificação ATC – Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), onde a classe de medicamentos mais utilizada foi a dos Psicoanalépticos (antidepressivos ou psicoestimulantes) com 57,33%. No Apêndice I, é apresentada a distribuição de todas as classes dos medicamentos prescritos.

Tabela 11 – Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

Subgrupo de Medicamentos Prescritos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A02 – Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	37 (24,66)	6 (4,00)	43 (28,67)
A10 – Medicamentos usados na diabetes	14 (9,33)	7 (4,67)	21 (14,00)
A11 – Vitaminas	26 (17,33)	6 (4,00)	32 (21,33)
A12 – Suplementos minerais	15 (10,00)	1 (0,67)	16 (10,67)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	39 (26,00)	15 (10,00)	54 (36,00)
C03 – Diuréticos	18 (12,00)	4 (2,67)	22 (14,67)
C07 – Agentes betabloqueadores	19 (12,67)	5 (3,33)	24 (16,00)
C09 – Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	40 (26,67)	11 (7,33)	51 (34,00)
C10 – Hipolipemiantes	28 (18,67)	8 (5,33)	36 (24,00)
G03 – Hormonas sexuais e moduladores do sistema genital	16 (10,67)	0 (0,00)	16 (10,67)
H03 – Terapêutica Tiroideana	24 (16,00)	0 (0,00)	24 (16,00)
M01 – Anti-inflamatórios e antirreumáticos	14 (9,33)	6 (4,00)	20 (13,33)
M03 – Relaxantes musculares	11 (7,33)	2 (1,33)	13 (8,66)
N02 – Analgésicos	18 (12,00)	3 (2,00)	21 (14,00)
N03 – Antiepiléticos	25 (16,67)	10 (6,66)	35 (23,33)
N05 – Psicodélicos	8 (5,33)	4 (2,67)	12 (8,00)
N06 – Psicoanaléticos	63 (42,00)	23 (15,33)	86 (57,33)
R05 – Preparados contra a tosse e resfriados	14 (9,33)	3 (2,00)	17 (11,33)
S01 – Produtos oftalmológicos	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)
Diversos – Não classificados	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento e de classe diferente. Para ver os medicamentos do grupo Diversos ver Apêndice J. Fonte: Produção da própria autora.

Dados sobre os medicamentos prescritos utilizados, pelos pacientes com SPP e sua classificação na literatura internacional, são escassos, sendo relevante este achado para a literatura.

Em relação aos medicamentos Hipolipemiantes deste estudo, 24% dos pacientes relataram utilizar, divergindo este achado do estudo de Gawne, Wells e Wilson (2003) que encontrou que 13,63% dos pacientes com SPP utilizavam Hipolipemiantes; já o estudo transversal de Melin, Kahan e Borg (2015), avaliou valores altos de Colesterol e Triglicérides em pacientes com SPP, e notou que 19% deles utilizavam Hipolipemiantes. O estudo de Orsini et al. (2016) comenta que o uso desses medicamentos em pacientes com SPP previne problemas cardíacos, uma vez que estes pacientes têm alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares.

No estudo de Brogårdh e Lexell (2014) sobre fraturas, quedas e limitações em pessoas com efeitos tardios da Pólio, dividiu-se a amostra em dois grupos, o primeiro grupo que relata quedas e fraturas com 202 pacientes, onde 45% utilizavam medicamentos para o controle da pressão arterial, 13% antidepressivos e 11% utilizavam medicamentos para o sono; o segundo grupo com 123 pacientes que não sofreram quedas e fraturas, 52% relataram utilizar medicamentos para pressão arterial, 7% de antidepressivos e 6% para o sono; já o estudo de Bickerstaffe, Beelen e Nollet (2010), também, sobre quedas e fraturas em sobreviventes da Pólio, verificou-se a frequência de uso de certas classes de medicamentos que são fatores potenciais para quedas e fraturas. Dividiu-se a amostra em dois grupos: no grupo de quedas e fraturas com 225 pacientes, 5,3% dos pacientes utilizavam benzodiazepínicos, 4,8% antidepressivos, 19,3% AINES e 11,1% diuréticos, e o grupo com 80 pacientes que não relataram quedas e fraturas, 9,6% utilizavam benzodiazepínico, 5,5% antidepressivo, 23,3% AINES e 8,2% de diuréticos. Outro estudo, mais recente, Da Silva, Zuckerman e Olkin (2017) analisou a existência de uma relação da depressão e o uso de medicamentos na incidência de quedas e fraturas entre os pacientes com efeitos tardios da Pólio, e verificou-se que, dos 146 pacientes entrevistados, 29% utilizavam antidepressivos. Esses três estudos sobre quedas em pacientes com SPP não apresentaram nenhuma relação significativa das quedas com o uso desses medicamentos.

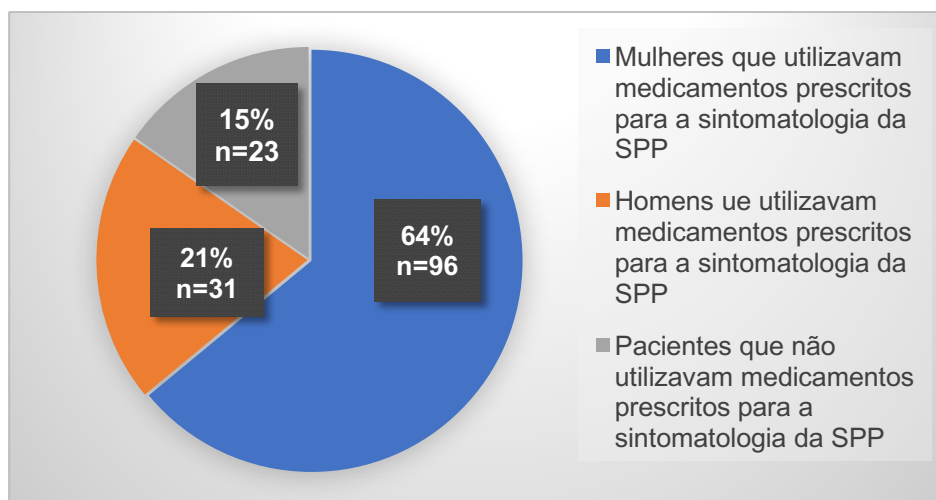
Os achados da pesquisa evidenciaram valores mais expressivos do que os apresentados nestes estudos, podendo-se sugerir que o elevado valor encontrado pode estar fortemente relacionado com a quantidade de outros problemas de saúde

concomitantes a SPP associados ao quadro de dor, distúrbio do sono, fraqueza e fadiga que estes pacientes sofrem.

5.5.1.3 Medicamentos prescritos para Sintomatologia da SPP

Ao delinear a terapia medicamentosa em uso pelos pacientes com SPP do estudo, verificou-se que 85% dos pacientes, participantes da pesquisa, utilizaram tratamento medicamentoso para a sintomatologia da SPP (Figura 7).

Figura 7 – Pacientes que relataram medicamentos prescritos para os sintomas da Síndrome Pós-poliomielite. São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora

Existem muitos estudos sobre os diversos tipos de tratamentos não medicamentosos para ajudar a controlar os sintomas da síndrome, como a mudança de estilo de vida e aquisição de novos hábitos nas atividades físicas, de forma a prevenir o comprometimento das unidades motoras (MAYNARD; HEADLEY, 2000; OLIVEIRA; QUADROS, 2009; ORSINI et al., 2010), embora haja poucos estudos sobre a eficácia de um fármaco em relação a um sintoma da SPP (MAYNARD; HEADLEY, 2000). Entretanto, este achado demonstra que a maioria destes pacientes utilizaram tratamento medicamentoso para os diversos sintomas da SPP concomitantes como: fraqueza, fadiga muscular, dor muscular e/ou articular e distúrbios do sono, podendo se considerar este resultado significativo, contribuindo

para a compreensão do comportamento desses pacientes em relação ao uso de medicamentos na sintomatologia da SPP.

Na tabela 12 são apresentados os sintomas que tiveram medicamentos prescritos e na tabela 13 é demonstrado os medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP. No Apêndice K consta cada sintoma da SPP com seus medicamentos prescritos, e no Apêndice L são apresentados todos os medicamentos prescritos que os pacientes utilizaram para SPP.

Tabela 12 – Sintomas da SPP que tiveram medicamentos prescritos relatados pelos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

Prescrição para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Fraqueza e Fadiga muscular	43 (28,66)	16 (10,67)	59 (39,33)
Dor muscular e articular	55 (36,66)	16 (10,67)	71 (47,33)
Distúrbio do Sono	30 (20,00)	13 (8,67)	43 (28,67)
Ansiedade	28 (18,67)	7 (4,67)	35 (23,34)
Depressão	25 (16,67)	6 (4,00)	31 (20,67)
Incontinência urinária	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dificuldade de memória e concentração	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dor de cabeça	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento para diversos sintomas da SPP. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 13 – Distribuição dos medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
L-carnitina	37 (24,67)	15 (10,00)	52 (34,67)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Fluoxetina	16 (10,67)	6 (4,00)	22 (14,67)
Amitriptilina	13 (8,67)	8 (5,33)	21 (14,00)
Gabapentina	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)
Piracetam	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)
Zolpidem	12 (8,00)	1 (0,67)	13 (8,67)
Sertralina	9 (6,00)	4 (2,67)	13 (8,67)
Clonazepam	5 (3,33)	5 (3,33)	10 (6,67)
Nortriptilina	9 (6,00)	0 (0,00)	9 (6,00)
Pregabalina	9 (6,00)	0 (0,00)	9 (6,00)
Alprazolam	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Bromazepam	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)
Colecoxib	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)
Trazodona	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Venlafaxina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Dipirona	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Paracetamol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Escitalopram	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Amantadina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Tramadol	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Duloxetina	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Ciclobenzaprina	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

O presente estudo demonstrou que 47,33% dos pacientes tinham medicamentos prescritos para o sintoma da dor muscular e/ou articular, seguidos de 39,33% para o sintoma de fraqueza/fadiga muscular e 28,67% para distúrbio do sono. Entre os medicamentos mais relatados destacam-se a L-carnitina (34,67%); Fluoxetina (14,67%); Amitriptilina (14%); Gabapentina (8,67%); Piracetam (8,67%); Sertralina (8,67%); Zolpidem (8,67%); Clonazepam (6,67%); Nortriptilina (6%) e Pregabalina (6%).

Como já mostrado na discussão deste trabalho, alguns estudos relatam o uso de algumas classes de medicamentos, porém, não especificaram o fármaco e nem o sintoma (BICKERSTAFFE; BEELEN; NOLLET, 2010; BROGÅRDH; LEXELL, 2014; DA SILVA; ZUCKERMAN; OLKIN, 2017). Em relação ao delineamento da farmacoterapia para a sintomatologia da SPP, somente o estudo de Stoelb et al. (2008), sobre a frequência, intensidade e o impacto da dor, demonstrou em seus 57 pacientes com SPP a utilização de alguns fármacos para alívio da dor, onde 44% dos pacientes utilizaram Ácido Acetilsalicílico, seguidos de 35% Paracetamol; 32% Analgésicos opióides, 7% Diazepam; 7% Antidepressivos e 4% Gabapentina. Esse estudo não corrobora com os achados da presente pesquisa, porém, faz um paralelo que aponta para os diversos tipos de fármacos utilizados para o sintoma da dor na SPP. Todavia, é importante considerar que, embora os achados do estudo de Stoelb et al. (2008) foram tão expressivos em relação aos Analgésicos, especificamente o Paracetamol e o Ácido Acetilsalicílico, os autores não declararam se o uso desses medicamentos foi por prescrição ou sem prescrição médica, podendo assim, justificar esse valor expressivo ao fácil acesso desses analgésicos, isentos da prescrição e a custos baixos.

Considera-se a dor, que os pacientes de SPP relatam, como de origem mecânica ou neuropática. A dor mecânica é, predominantemente, relacionada a sobrecarga muscular, ao músculo tendíneo, ligamentar e/ou articular, onde, normalmente, são prescritos analgésicos e AINES; já a dor neuropática, relacionada com o comprometimento medular, radicular ou dos nervos periféricos, normalmente, é tratada com medicamentos que diminuem a despolarização da membrana nervosa como os antidepressivos e alguns anticonvulsivantes (OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009), justificando dessa forma, o aparecimento desse tipo de medicamento nesta pesquisa; como a Amitriptilina, Nortriptilina, Gabapentina e Pregabalina. Contudo, não

se deve esquecer que esses medicamentos podem exacerbar a sonolência e/ou a fadiga, podendo ainda causar cefaleia, tonturas, risco de quedas e comprometimento psicomotor, visto que, o uso deve ser com parcimônia (MAYNARD; HEADLEY, 2000; KAY, 2014; OLIVEIRA et al., 2016; GORZONI; FABBRI, 2017).

Em relação aos achados deste estudo sobre a utilização de medicamentos para fraqueza muscular, vale lembrar que essa nova fraqueza muscular sentida por estes pacientes é a marca de autenticidade da SPP e pode ter impacto significativo nas atividades diárias. Como os medicamentos usados têm o intuito de aumentar a força muscular, otimizando a produção energética, a L-carnitina é a medicação mais prescrita entre os pacientes com SPP, por melhorar a capacidade energética do músculo, de forma a reduzir a fadiga e aumentar a força; o mesmo ocorre com o Piracetam já que seus efeitos não se limitam a função cerebral uma vez que atua na membrana celular, mitocondrial, e ao nível das células sanguíneas, melhorando a fluidez da membrana mitocondrial, das mitocôndrias presentes nas fibras musculares, aumentando o metabolismo energético e a produção de ATP para o trabalho muscular (MOTTA, 2017).

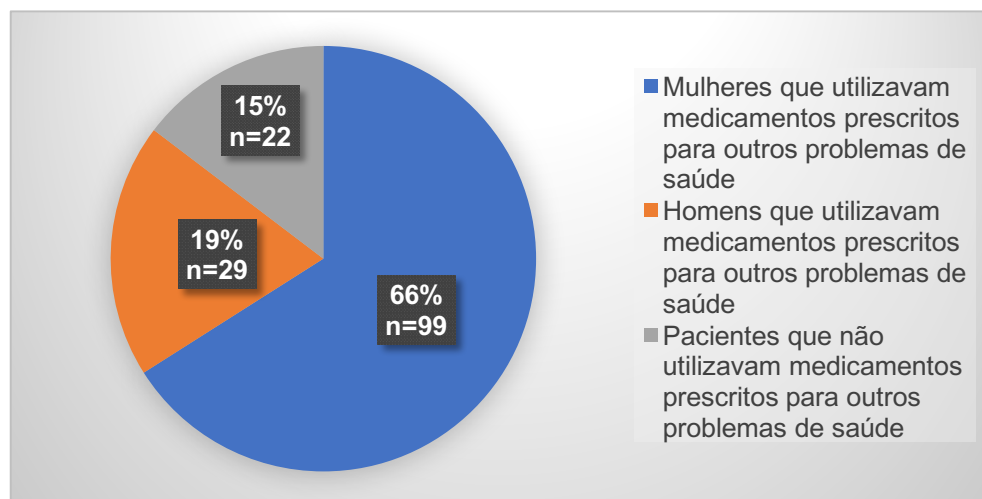
Já para a utilização de medicamentos para o distúrbio do sono, deve-se ter em mente que a frequência de alterações do sono em indivíduos com SPP é elevada, pois esses pacientes apresentam a eficiência do sono diminuída e despertares frequentes, podendo ter anormalidades, tanto na regulação quanto nas modificações fisiológicas inerentes ao sono, prejudicando o desempenho profissional, a atenção, a coordenação motora, ritmo mental e o alerta; e esses pacientes podem, ainda, ser influenciados pelo estado de fadiga, conduzindo a uma atrofia por desuso e uma nova fraqueza muscular (MAYNARD; HEADLEY, 2000; OLIVEIRA; QUADROS, 2008, 2009; MESQUITA E SILVA et al., 2010). De acordo com esse quadro, frequentemente, são prescritos medicamentos que ajudam na arquitetura do sono, como Zolpidem e Trazodona; entretanto, deve-se ficar alerta, pois estes medicamentos podem comprometer a função psicomotora, aumentar risco de quedas, delírios e duração do sono, acentuando ainda mais a fadiga e fraqueza nesses pacientes. Já o Clonazepam, embora seja classificado como antiepiléptico, deprime o Sistema Nervoso Central (SNC) levando a sedação; contudo, é importante se ter cautela, pois pode acentuar ainda mais a fraqueza muscular nos pacientes com SPP e causar uma sedação respiratória, sonolência e risco aumentado de queda. Diante desse panorama, vale lembrar que, antes de iniciar o tratamento medicamentoso, deve-se considerar se os

riscos superam os benefícios (MAYNARD; HEADLEY, 2000; KAY, 2014; OLIVEIRA et al., 2016; GORZONI; FABBRI, 2017).

5.5.1.4 Medicamentos prescritos para outros problemas de saúde concomitantes a SPP

Ao descrever a terapia medicamentosa em uso pelos pacientes com SPP deste estudo, verificou-se que 85% dos pacientes com SPP, participantes da pesquisa utilizavam tratamento medicamentoso para outros problemas de saúde (Figura 8).

Figura 8 – Pacientes que relataram medicamentos prescritos para os problemas de Saúde concomitantes a SPP. São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora

Este achado demonstra que grande parte dos pacientes (85%) utiliza medicamentos para outros problemas de saúde concomitantes a SPP. De acordo com os estudos apresentados até o momento nesta discussão, sabe-se que nessa população é frequente a presença de outros problemas de saúde, mas nenhum estudo demonstrou o consumo geral de medicamentos para outros problemas de saúde prescritos nessa população, de forma que, esses dados ajudam a ter um olhar mais abrangente sobre comportamento dos pacientes com SPP no uso de medicamentos para diversos outros problemas de saúde.

Verificou-se, no presente estudo, outros problemas de saúde concomitantes a SPP que tiveram medicamentos prescritos (Tabela 14), bem como, são demonstrados os medicamentos prescritos para outros problemas de saúde concomitantes a SPP (Tabela 15). No Apêndice M, pode ser observado todos os outros problemas de saúde concomitantes a SPP que tiveram medicamentos prescritos, bem como, os principais medicamentos prescritos para os problemas de saúde mais citados e, no Apêndice N, são apresentados todos os medicamentos prescritos para outros problemas de saúde concomitantes a SPP.

Tabela 14 – Problemas de saúde concomitantes a SPP que tiveram medicamentos prescritos relatados pelos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Reduzida)

Medicamentos prescritos para problemas de saúde concomitantes a SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Hipertensão Arterial	49 (32,67)	16 (10,67)	65 (43,34)
Problemas Gastrointestinais	39 (26,00)	7 (4,67)	46 (30,66)
Reposição de Vitaminas e Minerais	31 (20,66)	6 (4,00)	37 (24,66)
Dislipidemia	28 (18,67)	8 (5,33)	36 (24,00)
Hipotireoidismo	23 (15,33)	0 (0,00)	23 (15,33)
Diabetes Mellitus	14 (9,33)	7 (4,67)	21 (14,00)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento prescrito para diversos problemas. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 15 – Distribuição dos medicamentos prescritos para outros problemas de saúde utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017 (n=150), (Versão Reduzida)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Omeprazol	30 (20,00)	4 (2,67)	34 (22,67)
Losartana	20 (13,33)	5 (3,33)	25 (16,66)

continua

conclusão

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Levotiroxina	23 (15,33)	0 (0,00)	23 (15,33)
Calecolciferol	18 (12,00)	4 (2,67)	22 (14,67)
Metfomina	13 (8,67)	6 (4,00)	19 (12,67)
Hidroclorotiazida	15 (10,00)	3 (2,00)	18 (12,00)
Sinvastatina	14 (9,33)	3 (2,00)	17 (11,33)
Atenolol	13 (8,67)	3 (2,00)	16 (10,67)
Enalapril	12 (8,00)	2 (1,33)	14 (9,33)
Ácido Salicílico	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)
Cálcio+Calecolciferol	8 (5,33)	0 (0,00)	8 (5,33)
Atorvastatina	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Cálcio	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Pantoprazol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Rosuvastatina	3 (2,00)	3 (2,00)	6 (4,00)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

Os valores encontrados, nesta pesquisa, são maiores do que os encontrados no estudo de Gawne, Wells e Wilson (2003) e no estudo de Melin, Kahan e Borg (2015) em relação ao uso de fármacos Hipolipemiantes. Entretanto, em nenhum desses dois estudos, os autores demonstraram qual o fármaco dentro dessa classe de medicamento “Hipolipemiantes”, somente demonstraram que os pacientes os utilizavam. Dentro dessa classe de medicamentos, vale ressaltar, as Estatinas, que apesar de serem muito importantes por prevenirem problemas cardíacos, é necessário ter atenção quanto ao seu uso, pois podem exacerbar a fraqueza e fadiga muscular nessa população (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; KAY, 2014).

O estudo de Brogårdh e Lexell (2014) pode também corroborar com o achado desta pesquisa em que 43,34% dos pacientes utilizavam medicamentos prescritos para hipertensão; contudo, nesse estudo realizado por esses autores, também, não identificaram os medicamentos que os pacientes utilizavam para pressão arterial; visto ser de suma importância, pois alguns medicamentos dessa classe, como os betabloqueadores e os bloqueadores do canal de cálcio, podem aumentar ainda mais a falta de força e a fadiga muscular nos pacientes com SPP (PERLMAN, 1999; KAY, 2014).

Vale ainda comentar o estudo de Bickerstaffe, Beelen e Nollet (2010) sobre quedas e fraturas, que descreve o uso de diuréticos nos sobreviventes de Pólio. Essa investigação se deveu ao fato de que alguns desses fármacos causam depleção, no organismo, de minerais essenciais para o funcionamento nervoso e muscular, podendo causar fadiga, fraqueza muscular, sonolência e aumento do risco de quedas (MAYNARD; HEADLEY, 2000), entretanto nesse estudo, como nos demais apresentados, os autores somente identificaram a classe de medicamentos que os pacientes estavam utilizando e não o fármaco.

Diante dessa farmacoterapia utilizada para a sintomatologia da SPP e para problemas de saúde concomitantes a SPP apresentados na pesquisa, fica claro que alguns medicamentos dos quais esses pacientes utilizam, exacerbam os efeitos da síndrome, seja pela escolha do fármaco pelo prescritor, polifarmácia e suas interações medicamentosas, seja pela postura do paciente em utilizar estes medicamentos.

Além do mais, considerando que esses pacientes tenham fortes indicações de envelhecimento acelerado, deve-se levar em conta duas questões importantes ao analisar a farmacoterapia prescrita utilizada neste estudo, tanto para sintomatologia da SPP, quanto para outros problemas de saúde. A primeira questão, é que existe a utilização de alguns medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segundo o critério de Beers (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015) e, muito embora, essa análise não tenha sido traçada como um dos objetivos propostos neste estudo, esta pesquisa verificou, de acordo com o “Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos” (OLIVEIRA et al., 2016), o uso de medicamentos que, devem ser evitados em idosos, independente da condição clínica, em 68% dos pacientes com SPP; no apêndice AA, podem ser observados os principais medicamentos potencialmente inapropriados para idosos utilizados pelos pacientes com SPP, destacando-se o omeprazol (22,67%), fluoxetina (14,67%),

amitriptilina (14%), clonazepam (6,66%), nortriptilina (6%), ácido acetilsalicílico (5,33%), alprazolam (3,33%) e bromazepam (3,33%). Embora, de acordo com as estratégias de busca utilizada nesta pesquisa não tenha encontrado estudos dentro da população de SPP que pudessem corroborar com este achado, estes dados nos alertam a utilização destes medicamentos de forma racional nesta população, pois os usos podem intensificar os sintomas de fraqueza, fadiga e sono na SPP, já que esses pacientes, como dito, possivelmente possuam envelhecimento acelerado e, bem como, desenvolverem reações adversas a medicamentos, uma vez que, são pacientes poli medicados (MAYNARD; HEADLEY, 2000; BALDONI et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016), sendo necessário estudos mais aprofundados nesta população sobre esta questão.

A segunda questão a ser considerada é a utilização de medicamentos que compõem a escala de risco anticolinérgica, uma vez que os efeitos adversos podem surgir pelo efeito cumulativo de múltiplos medicamentos com diversos graus de propriedades anticolinérgicas – carga anticolinérgica, adquirindo um potencial de risco ao serem administrados concomitantemente; entre alguns riscos, temos a exacerbação da sonolência, levando a quedas e problemas de cognição. Neste estudo, não foi aplicada essa escala, todavia, deve-se ter atenção na utilização desses medicamentos, uma vez que, seus efeitos podem interferir na SPP (BALDONI et al., 2014; LU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016; GORZONI; FABBRI, 2017).

Diante desses achados, se faz necessário escrutinar todos os medicamentos utilizados por esses pacientes e realizar um acompanhamento farmacoterapêutico a fim de prevenir e dirimir os efeitos indesejados, para que se tenha repercussões mínimas na SPP, centrado na avaliação dos resultados terapêuticos e na provisão de cuidados contínuos ao paciente (MAYNARD; HEADLEY, 2000), pois é essencial que a farmacoterapia persiga os ideais clínicos de necessidade, eficácia, segurança e eficiência, para que os benefícios superem os riscos (CORRER; OTUKI, 2011).

5.5.1.5 Associação entre o número de medicamentos utilizados (Polifarmácia) e o número de problemas de saúde concomitantes a SPP (Poli problema) com as demais variáveis independentes do estudo

Diante desse cenário, foi impreterível investigar a correlação entre o número de medicamentos utilizados pelos pacientes com SPP deste estudo – variável

dependente categorizada como “0–4 medicamentos” e “≥5 medicamentos” (Polifarmácia) e as variáveis independentes (sociodemográficas, econômicas, clínicas e farmacoterápicas). Conforme apresentado na Tabela 16, após aplicação do teste Chi-quadrado, considerando associação estatisticamente significativa com $p < 0,05$, foram encontradas evidências de correlação com as variáveis gênero (sexo feminino), ter problemas de saúde, ≥5 problemas de saúde, não utilizar conforme prescrição médica e o fato de não fumar. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa, com valores de $p > 0,05$.

Tabela 16 - Associação entre a Polifarmácia – o número de medicamentos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Variáveis		1 a 4 med.		Polifarmácia 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Gênero	Feminino	47	66,2%	64	81,0%	111	74,0%	0,039
	Masculino	24	33,8%	15	19,0%	39	26,0%	
Idade	38-45	17	23,9%	11	13,9%	28	18,7%	0,026
	46-55	35	49,3%	28	35,4%	63	42,0%	
	56-64	16	22,5%	32	40,5%	48	32,0%	
	65 ou mais	3	4,2%	8	10,1%	11	7,3%	
Idade na Pólio	<1	24	33,8%	25	31,6%	49	32,7%	0,222
	≥1 a <2	28	39,4%	22	27,8%	50	33,3%	
	≥2 a <3	12	16,9%	18	22,8%	30	20,0%	
	≥3 a <4	1	1,4%	8	10,1%	9	6,0%	
	≥4 a <9	5	7,0%	5	6,3%	10	6,7%	

continua

continuação

Variáveis	1 a 4 med.		Polifarmácia 5 ou mais		Total		P-valor	
	N	%	N	%	N	%		
	≥9 a ≤20	1	1,4%	1	1,3%	2	1,3%	
Cor da Pele	Branca	51	71,8%	60	75,9%	111	74,0%	0,138
	Parda	13	18,3%	8	10,1%	21	14,0%	
	Preta/Negra	7	9,9%	7	8,9%	14	9,3%	
	Amarela/ Oriental	0	0,0%	4	5,1%	4	2,7%	
Estado civil	Casado/Amasiado	46	64,8%	57	72,2%	103	68,7%	0,394
	Solteiro	17	23,9%	13	16,5%	30	20,0%	
	Divorciado/Separado	5	7,0%	8	10,1%	13	8,7%	
	Viúvo	3	4,2%	1	1,3%	4	2,7%	
Anos de Estudo	≤5 anos de estudo	6	8,5%	13	16,5%	19	12,7%	0,002
	6 a 9 anos de estudo	4	5,6%	7	8,9%	11	7,3%	
	10 a 12 anos de estudo	38	53,5%	18	22,8%	56	37,3%	
	≥13 anos de estudo	23	32,4%	41	51,9%	64	42,7%	
Renda	Não trabalha	3	4,2%	7	8,9%	10	6,7%	0,256
	Trabalha e Aposentado	68	95,8%	72	91,1%	140	93,3%	
Ocupação	Não trabalha e aposentado	40	56,3%	43	54,4%	83	55,3%	0,814
	Trabalha	31	43,7%	36	45,6%	67	44,7%	
IMC	<18	1	1,4%	0	0,0%	1	0,7%	0,150
	>18 e < 24	24	33,8%	14	17,7%	38	25,3%	

continua

continuação

Variáveis		1 a 4 med.		Polifarmácia 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
	≥25 e <30	25	35,2%	35	44,3%	60	40,0%	
	≥30	21	29,6%	30	38%	51	34%	
Tipo de Paresia	Mono	27	38,0%	24	30,4%	51	34,0%	0,368
	Di	29	40,8%	31	39,2%	60	40,0%	
	Tri	3	4,2%	9	11,4%	12	8,0%	
	Quadri	12	16,9%	15	19,0%	27	18,0%	
Cigarro	Nunca consumiu	40	56,3%	49	62,0%	89	59,3%	0,026
	Consome	12	16,9%	3	3,8%	15	10,0%	
	Já consumiu	19	26,8%	27	34,2%	46	30,7%	
Álcool	Nunca consumiu	20	28,2%	18	22,8%	38	25,3%	0,317
	Consome	12	16,9%	7	8,9%	19	12,7%	
	Raramente (Final de semana)	23	32,4%	30	38,0%	53	35,3%	
	Já consumiu	16	22,5%	24	30,4%	40	26,7%	
Café	Nunca consumiu	2	2,8%	2	2,5%	4	2,7%	0,715
	Consome	67	94,4%	75	94,9%	142	94,7%	
	Raramente	1	1,4%	0	0,0%	1	0,7%	
	Já consumiu	1	1,4%	2	2,5%	3	2,0%	
Problemas de Saúde concomitantes a SPP	Sim	64	90,1%	79	100%	143	95,3%	0,004
	Não	7	9,9%	0	0%	7	4,7%	

continua

continuação

Variáveis		1 a 4 med.		Polifarmácia 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Quantidade de problemas de saúde concomitantes a SPP	0 a 4	55	77,5%	32	40,5%	87	58,0%	0,000
	5 ou mais	16	22,5%	47	59,5%	63	42,0%	
Medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	Sim	69	97,2%	73	92,4%	142	94,7%	0,193
	Não	2	2,8%	6	7,6%	8	5,3%	
Quantidade de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	0 a 4	48	67,6%	50	63,3%	98	65,3%	0,579
	5 ou mais	23	32,4%	29	36,7%	52	34,7%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica	Sim	35	49,3%	43	54,4%	78	52,0%	0,530
	Não	36	50,7%	36	45,6%	72	48,0%	
Prescrição sem horários e orientações	Sim	45	63,4%	61	77,2%	106	70,7%	0,063
	Não	26	36,6%	18	22,8%	44	29,3%	
Utiliza medicamentos prescritos conforme a prescrição	Sim	47	66,2%	30	38,0%	77	51,3%	0,001
	Não	24	33,8%	49	62,0%	73	48,7%	
Adesão >80%	Aderentes	14	19,7%	21	26,6%	35	23,3%	0,321
	Não aderentes	57	80,3%	58	73,4%	115	76,7%	

continua

Variáveis								conclusão
		1 a 4 med.		Polifarmácia 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Sintoma da SPP – Distúrbio do Sono	Sim	52	73,2%	60	75,9%	112	74,7%	0,703
	Não	19	26,8%	19	24,1%	38	25,3%	
Sintoma da SPP – Intolerância ao Frio	Sim	56	78,9%	69	87,3%	125	83,3%	0,165
	Não	15	21,1%	10	12,7%	25	16,7%	
Sintoma da SPP - Dor Articular	Sim	64	90,1%	71	89,9%	135	90,0%	0,957
	Não	7	9,9%	8	10,1%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Dor Muscular	Sim	67	94,4%	68	86,1%	135	90,0%	0,091
	Não	4	5,6%	11	13,9%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Fadiga	Sim	64	90,1%	65	82,3%	129	86,0%	0,166
	Não	7	9,9%	14	17,7%	21	14,0%	

Fonte: Produção da própria autora.

Tendo em vista que esses pacientes demonstraram, durante o estudo, possuírem e utilizarem medicamentos para outros problemas de saúde, achou-se relevante investigar também a correlação entre o número de problemas de saúde concomitantes a SPP que os pacientes relataram – variável dependente categorizada como “0–4 problemas de saúde” e “≥5 problemas de saúde” (Poli problema) e as variáveis independentes (sociodemográficas, econômicas, clínicas e farmacoterápicas). Diante do exposto na Tabela 17, após o emprego do teste Chi-quadrado, considerando associação estatisticamente significativa com $p < 0,05$ foram encontradas evidências dessa correlação com as variáveis gênero (feminino), a não utilização de medicamentos conforme prescrição médica e sintoma da SPP –

“Intolerância ao frio”. Os demais resultados não obtiveram relação estatisticamente significativa com valores de $p > 0,05$.

Tabela 17 - Associação entre poli problema – número de problemas de saúde concomitantes a SPP dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Variáveis		0 a 4		Poli problema 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Gênero	Feminino	57	65,5%	54	85,7%	111	74,0%	0,005
	Masculino	30	34,5%	9	14,3%	39	26,0%	
Idade	38-45	21	24,1%	7	11,1%	28	18,7%	0,062
	46-55	39	44,8%	24	38,1%	63	42,0%	
	56-64	22	25,3%	26	41,3%	48	32,0%	
	65 ou mais	5	5,7%	6	9,5%	11	7,3%	
Idade na Pólio	<1	22	25,3%	27	42,9%	49	32,7%	0,280
	≥1 a <2	32	36,8%	18	28,6%	50	33,3%	
	≥2 a <3	19	21,8%	11	17,5%	30	20,0%	
	≥3 a <4	6	6,9%	3	4,8%	9	6,0%	
	≥4 a <9	6	6,9%	4	6,3%	10	6,7%	
	≥9 a ≤20	2	2,3%	0	0,0%	2	1,3%	
Cor da Pele	Branca	60	69,0%	51	81,0%	111	74,0%	0,273
	Parda	14	16,1%	7	11,1%	21	14,0%	
	Preta/Negra	11	12,6%	3	4,8%	14	9,3%	
	Amarela/ Oriental	2	2,3%	2	3,2%	4	2,7%	

continua

continuação

Variáveis		0 a 4		Poli problema 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Estado civil	Casado/Amasiado	61	70,1%	42	66,7%	103	68,7%	0,918
	Solteiro	16	18,4%	14	22,2%	30	20,0%	
	Divorciado/Separado	8	9,2%	5	7,9%	13	8,7%	
	Viúvo	2	2,3%	2	3,2%	4	2,7%	
Anos de Estudo	≤5 anos de estudo	11	12,6%	8	12,7%	19	12,7%	0,848
	6 a 9 anos de estudo	6	6,9%	5	7,9%	11	7,3%	
	10 a 12 anos de estudo	35	40,2%	21	33,3%	56	37,3%	
	≥13 anos de estudo	35	40,2%	29	46,0%	64	42,7%	
Renda	Não trabalha	4	4,6%	6	9,5%	10	6,7%	0,233
	Trabalha e Aposentado	83	95,4%	57	90,5%	140	93,3%	
Ocupação	Não trabalha e aposentado	52	59,8%	31	49,2%	83	55,3%	0,199
	Trabalha	35	40,2%	32	50,8%	67	44,7%	
IMC	<18	1	1,1%	0	0,0%	1	0,7%	0,170
	>18 e < 24	25	28,7%	13	20,6%	38	25,3%	
	≥25 e <30	35	40,2%	25	39,7%	60	40,0%	
	≥30	26	29,6%	25	38%	51	34%	
Tipo de Paresia	Mono	29	33,3%	22	34,9%	51	34,0%	0,928
	Di	34	39,1%	26	41,3%	60	40,0%	
	Tri	8	9,2%	4	6,3%	12	8,0%	
	Quadri	16	18,4%	11	17,5%	27	18,0%	

continua

continuação

Variáveis		0 a 4		Poli problema 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Cigarro	Nunca consumiu	48	55,2%	41	65,1%	89	59,3%	0,461
	Consome	10	11,5%	5	7,9%	15	10,0%	
	Já consumiu	29	33,3%	17	27,0%	46	30,7%	
Álcool	Nunca consumiu	12	13,8%	7	11,1%	19	12,7%	0,256
	Consome	32	36,8%	21	33,3%	53	35,3%	
	Raramente (Final de semana)	18	20,7%	22	34,9%	40	26,7%	
	Já consumiu	25	28,7%	13	20,6%	48	25,3%	
Café	Nunca consumiu	1	1,1%	3	4,8%	4	2,7%	0,342
	Consome	84	96,6%	58	92,1%	142	94,7%	
	Raramente	1	1,1%	0	0,0%	1	0,7%	
	Já consumiu	1	1,1%	2	3,2%	3	2,0%	
Medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	Sim	83	95,4%	59	93,7%	142	94,7%	0,638
	Não	4	4,6%	4	6,3%	8	5,3%	
Quantidade de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	0 a 4	56	64,4%	42	66,7%	98	65,3%	0,770
	5 ou mais	31	35,6%	21	33,3%	52	34,7%	
Medicamento não utilizado ou suspensão do uso sem autorização médica	Sim	44	50,6%	34	54,0%	78	52,0%	0,681
	Não	43	49,4%	29	46,0%	72	48,0%	

continua

Variáveis								conclusão
		0 a 4		Poli problema 5 ou mais		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Prescrição sem horários e orientações	Sim	62	71,3%	44	69,8%	106	70,7%	0,850
	Não	25	28,7%	19	30,2%	44	29,3%	
Utiliza medicamentos prescritos conforme a prescrição	Sim	52	59,8%	25	39,7%	77	51,3%	0,015
	Não	35	40,2%	38	60,3%	73	48,7%	
Sintoma da SPP – Distúrbio do Sono	Sim	61	70,1%	51	81,0%	112	74,7%	0,132
	Não	26	29,9%	12	19,0%	38	25,3%	
Sintoma da SPP Intolerância ao Frio	Sim	68	78,2%	57	90,5%	125	83,3%	0,046
	Não	19	21,8%	6	9,5%	25	16,7%	
Sintoma da SPP Dor Articular	Sim	75	86,2%	60	95,2%	135	90%	0,069
	Não	12	13,8%	3	4,8%	15	10%	
Sintoma da SPP Dor Muscular	Sim	76	87,4%	59	93,7%	135	90%	0,205
	Não	11	12,6%	4	6,3%	15	10%	
Sintoma da SPP Fadiga	Sim	61	70,1%	51	81,0%	112	74,7%	0,132
	Não	26	29,9%	12	19,0%	38	25,3%	

Fonte: Produção da própria autora.

De acordo com as estratégias de busca utilizada, não foram encontrados estudos dentro da realidade dos pacientes com SPP que possam corroborar com esses achados, tornando esses dados relevantes, pois auxiliam a ter uma visão mais abrangente sobre fatores que possam correlacionar polifarmácia e problemas de

saúde. Entretanto, pode-se fazer um paralelo desses achados com diversos estudos, em diferentes populações, em que se observa forte associação entre o número de medicamentos utilizados (polifarmácia) com sexo feminino, idade, maior renda, anos de estudo, ter quatro ou mais problemas de saúde (CARVALHO et al., 2012; PEREIRA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017).

O presente estudo permitiu melhor compreensão sobre o perfil desses pacientes com SPP em relação aos problemas de saúde que possuem e a utilização de múltiplos medicamentos (polifarmácia), e em vista disto, faz-se necessário analisar cada indivíduo num balanço entre potenciais benefícios e riscos na utilização de múltiplos medicamentos; contudo, o principal desafio para qualificar a atenção em saúde é garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura, de forma que, a avaliação regular dos esquemas terapêuticos, com foco na adesão medicamentosa, adequação às preferências individuais e identificação de riscos possam minimizar danos e maximizar os benefícios pretendidos (CORRER; OTUKI, 2013; PEREIRA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017). Assim, vale comentar que uma das estratégias de intervenção em reduzir a polifarmácia e, conseqüentemente, seus riscos associados é a desprescrição. A prática consiste no processo de identificação e descontinuação de medicamentos desnecessários, inefetivos, inseguros ou, potencialmente, inadequados e na colaboração entre profissionais de saúde e pacientes. A desprescrição deve considerar os benefícios e danos do medicamento ao paciente, os objetivos do tratamento com o medicamento em questão, expectativa de vida do paciente, bem como, a comodidade e as preferências do paciente que possam contribuir para a adesão ao tratamento e minimizar riscos. A participação do paciente na desprescrição deve ser estimulada, bem como, de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado. O empoderamento do paciente e seus familiares para que participem de forma engajada em seus processos de cuidado, fazendo perguntas, identificando erros e participando do gerenciamento de sua terapia medicamentosa é o mais importante para a qualidade e segurança do cuidado (CORRER; OTUKI, 2013; DORON; BIRKAN; GULISTAN, 2015; MCGRATH et al., 2017).

Outra estratégia de intervenção, relacionada a polifarmácia, é a conciliação de medicamentos. A conciliação consiste em avaliar se todos os medicamentos em uso pelo paciente estão coerentes com as prescrições médicas, se há duplicidades

terapêuticas ou abandono de tratamentos que deveriam estar sendo utilizados (CORRER; OTUKI, 2013).

Desse modo, a equipe multidisciplinar e os pacientes com SPP podem-se valer do profissional farmacêutico, profissional capaz de revisar a farmacoterapia e identificar os problemas presentes em relação a necessidade, efetividade, adesão e segurança do medicamento, e elaborar um plano de cuidado baseado em metas terapêuticas claras, em conjunto com o paciente, o qual poderá incluir intervenções farmacêuticas e encaminhamento a outros profissionais. Sendo assim, o profissional corresponsável no monitoramento dos resultados terapêuticos e efeitos adversos; de suma importância para o acompanhamento desses pacientes em uso de polifarmácia e acometidos por diversos problemas de saúde; agregando conhecimento para a equipe e traçando estratégias necessárias para qualificar e proporcionar a eficiência do uso de medicamentos a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes (CORRER; OTUKI, 2013; PEREIRA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017).

5.5.2 Adesão Terapêutica dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde

A adesão ao tratamento medicamentoso é definida, segundo a OMS, como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde – aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). De forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Considerando que, entre a utilização do medicamento e a prevenção, controle ou cura da doença, há um importante caminho a percorrer, a não adesão terapêutica pode ser um entrave para a busca de resultados eficientes à saúde do paciente, afinal, de nada adiantaria ofertar o melhor medicamento, disponível em tempo e custo oportuno se o paciente não o utilizar corretamente. Assim, a não adesão terapêutica está relacionada a diversos fatores como sociodemográficos, tratamentos, doenças e profissionais de saúde que influenciam diretamente ao paciente no seu comportamento em relação ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Ao se propor analisar a farmacoterapia prescrita e utilizada por estes pacientes, tanto para a sintomatologia da SPP como para outros problemas de saúde, considerou-se ser impreterível verificar também a adesão terapêutica destes, já que a não adesão terapêutica pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e trazer consequências pessoais, sociais e econômicas sérias, de forma a acelerar a progressão da SPP ou de outros problemas de saúde, e aumentar os custos na prestação de cuidados de saúde (TAVARES et al., 2013; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Este estudo verificou, por meio do TMG (Anexo C) que, 76,67% dos pacientes não aderiram a farmacoterapia prescrita, de forma que, esse dado pode ser considerado indispensável para analisar o comportamento do paciente com SPP frente a farmacoterapia prescrita, já que, de acordo com a estratégia de busca utilizada nessa pesquisa, não foram encontrados estudos que tenham investigado a adesão terapêutica medicamentosa nessa população (tabela 18). A OMS considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo giram em torno de 50% ou mais, sendo esses valores superiores em países menos desenvolvidos. Estudos têm demonstrado que, na prática clínica, a não adesão ao tratamento situa-se entre 30% e 70% nas doenças crônicas como Hipertensão, Diabetes Mellitus, Asma, Obesidade, entre outras (AMADEI; MARCON; BERTOLINI, 2011; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014). De modo genérico o achado deste estudo está compatível com as estimativas da OMS, e com outros estudos de diversas populações (NAKHUTINA et al., 2011; GIROTTO et al., 2013; MARCHI et al., 2013; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014). Por este achado ser considerado elevado, e a não adesão à terapêutica acarretar complicações da doença, surgimento de outros problemas de saúde, hospitalizações, custos e até mesmo morte, seria interessante o acompanhamento farmacoterapêutico com uma gestão compartilhada do tratamento entre profissionais de saúde e pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas a fim de promover a adesão ao tratamento com o aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes (CORRER; OTUKI, 2013).

Tabela 18– Adesão à farmacoterapia prescrita para a sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com o TMG. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Adesão Terapêutica	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Aderente a 100% de acerto	20 (13,33)	4 (2,67)	24 (16,00)
Aderente >80% a <100% de acerto	7 (4,66)	4 (2,67)	11 (7,33)
Não aderente <80% de acerto	84 (56,00)	31 (20,67)	115 (76,67)

Fonte: Produção da própria autora.

5.5.2.1 Comportamento da não adesão Terapêutica dos medicamentos prescritos para sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde concomitantes a SPP

O comportamento de adesão pode ser dividido segundo a intencionalidade do paciente. A não adesão intencional – atitude deliberada de não adesão, em que se decide, de forma consciente, não utilizar os medicamentos, parcial ou totalmente; relaciona-se principalmente à adaptação do paciente a sua condição, às experiências prévias com o uso de medicamentos, à percepção de efeitos adversos, à confiança no médico e na equipe de saúde, entre outros. Por sua vez, a não adesão não intencional está mais vinculada a esquecimentos, a existência de múltiplos problemas de saúde, ao número de medicamentos, a complexidade do tratamento instituído, falhas de conhecimento ou interpretação das instruções da equipe de saúde, a severidade da doença e a capacidade funcional reduzida (LEITE; VASCONCELOS, 2003; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014) .

Este estudo apontou que dos 126 pacientes que responderam “sim” a pelo menos uma das perguntas do TMG, 50% dos pacientes tem o comportamento de adesão não-intencional (tabela 19). E quanto as respostas afirmativas do TMG, 75,80% responderam, afirmativamente, que às vezes descuidam do horário (Tabela 20).

Tabela 19 – Comportamento da não adesão terapêutica entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo que responderam as 6 questões do TMG. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=126)

Comportamento da Não Adesão terapêutica	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Não intencional	48 (38,10)	15 (11,90)	63 (50,00)
Intencional	9 (7,14)	2 (1,59)	11 (8,73)
Ambos os comportamentos	34 (26,98)	18 (14,29)	52 (41,27)

Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 20 – Perfil de repostas afirmativas do TMG entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo que responderam as 6 questões do TMG. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=126)

Perfil de repostas afirmativas do TMG	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Esquece de administrar o medicamento	66 (52,38)	27 (21,42)	93 (73,80)
Descuida do horário de administração	70 (55,55)	25 (19,84)	95 (75,39)
Suspende quando se sente melhor	31 (24,60)	15 (11,90)	46 (36,50)
Suspende quando se sente mal	25 (19,84)	10 (7,93)	35 (27,77)
Você conhece os benefícios a longo prazo de tomar seus remédios	45 (35,71)	21 (16,67)	66 (52,38)
Esquece de repor seus medicamentos	40 (31,74)	20 (15,87)	60 (47,61)

Fonte: Produção da própria autora.

Dentro das bases de dados utilizadas para a busca dessa pesquisa, não foram encontrados estudos que pudessem corroborar com estes achados, logo estes dados evidenciam a conduta dos pacientes com SPP em relação a utilização dos medicamentos prescritos. Entretanto, pode-se fazer um paralelo com o estudo de Dewulf et al., (2006), apontando padrões de esquecimento ou de descuido com o horário para tomar o medicamento em 78,1% dos pacientes crônicos, destacando o comportamento do tipo não intencional; e no estudo de Sewitch et al., (2003), o

esquecimento também havia sido destacado como fator mais frequente que leva ao baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Apesar desses estudos serem desenvolvidos em outro tipo de paciente, porém, pode-se ter uma ideia de como esses fatores afetam pacientes em geral.

Estes resultados, expressivos sobre o comportamento da adesão, podem ser justificados se lembrarmos que estes pacientes fazem uso de polifarmácia, podendo se ter esquemas terapêuticos complexos, bem como possibilidades de interações medicamentosas entre fármacos e fármaco-doença e reações adversas, facilitando o esquecimento, seja por horário, reposição de medicamentos ou mesmo a utilização. Além do mais, deve-se considerar a relação do paciente com a sua doença, pelo fato de ter sido acometido pela Pólio, e depois sofrer com uma nova doença, a SPP, e possuir outros problemas de saúde, que podem ser fatores justificantes do comportamento da não adesão terapêutica, já que uma longa história de sofrimento físico, psíquico, comprometimento laboral, descrença com o tratamento – por experiências anteriores com resultados insatisfatórios; podem interferir diretamente no tratamento (KURITA; PIMENTA, 2003).

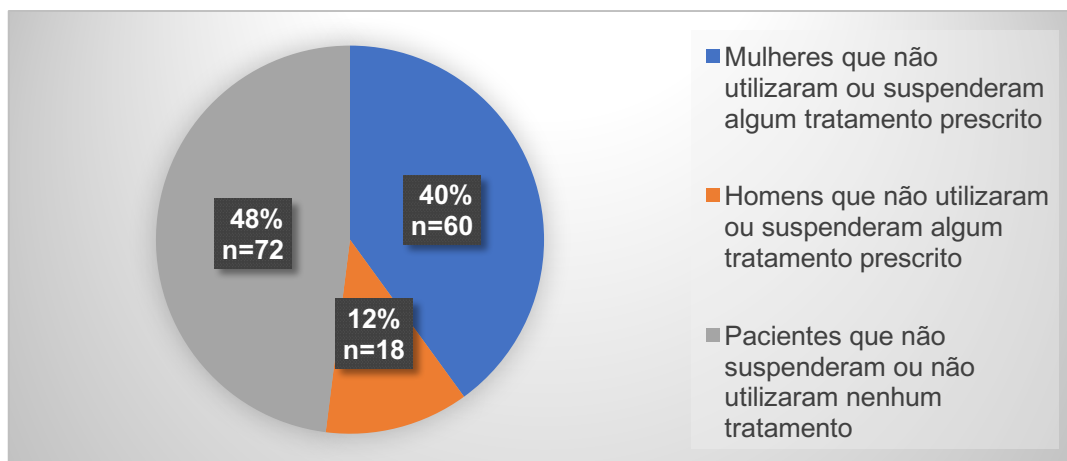
Todo esse cenário tem um reflexo direto sobre a dificuldade de execução do tratamento, influenciando tanto a adesão intencional, quanto a não intencional, deteriorando dessa forma, a qualidade de vida. Tendo em vista essa baixa adesão terapêutica, os trabalhos de Dewulf et al., (2006) e Silva et al., (2008) chamam a atenção para a necessidade de uma posição ativa e responsável do paciente e do profissional de saúde em seu tratamento, permitindo que este perceba que pode controlar os sintomas com atitudes de maior adesão; e no que se refere à atitude dos profissionais de saúde, destacam-se a capacidade de comunicação e ações voltadas ao seu paciente, devendo transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos definidos criando as condições necessárias para que o paciente as adquira de forma proveitosa e efetiva, organizando estratégias para o aprendizado da terapia prescrita.

5.5.2.2 Medicamentos prescritos nos últimos 30 dias que não foram utilizados ou suspensos sem autorização médica

Ao explorar sobre esta não adesão terapêutica, este estudo identificou que 52% dos pacientes não utilizaram ou suspenderam algum medicamento sem autorização

médica, nos últimos 30 dias (Figura 9).

Figura 9 – Distribuição da não utilização/suspensão de tratamento prescrito nos últimos 30 dias entre os pacientes incluídos no estudo, São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora.

Foram relatados pelos pacientes 130 medicamentos que foram prescritos e não foram utilizados ou tiveram seu uso suspenso sem autorização médica, e desses, 94 medicamentos não foram utilizados ou suspensos por mulheres e 36 medicamentos não foram utilizados ou suspensos por homens. Identificou-se 52 princípios ativos, e 11 associações entre princípios ativos e três fitoterápicos. Os pacientes relataram até cinco medicamentos que suspenderam o uso ou não utilizaram, sendo o número médio de 0,85 (DP± 1,12) medicamentos por paciente. Os números médios de medicamentos suspensos ou não utilizados por mulheres e homens atendidos foram, respectivamente, de 0,82 (DP± 1,06) e 0,92 (DP± 1,28).

Na tabela 21 pode ser observado características do comportamento do paciente em relação a estes medicamentos que tiveram seu uso suspenso ou não foram utilizados, bem como, a indicação destes medicamentos. No Apêndice O, pode ser observada a lista completa dos sintomas e dos problemas de saúde que tiveram medicamentos suspensos sem autorização médica ou não foram utilizados.

Tabela 21 – Características sobre os medicamentos que foram suspensos o uso sem autorização médica e/ou não comprados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78) (versão reduzida)

Medicamentos prescritos que tiveram seu uso suspenso ou Não comprados	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Pacientes que não utilizaram a medicação prescrita	15 (19,23)	5 (6,41)	20 (25,64)
Pacientes que suspenderam o uso	51 (65,38)	15 (19,23)	66 (84,61)
Pacientes que não receberam orientação quanto ao horário e uso do tratamento	29 (37,18)	10 (12,82)	39 (50,00)
Pacientes que tinham medicamentos prescritos para os sintomas da SPP que suspenderam o uso ou não utilizaram	43 (55,13)	13 (16,67)	56 (71,79)
Pacientes que tinham medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde que suspenderam o uso ou não utilizaram	27 (34,61)	9 (11,54)	36 (46,15)

Cada paciente pode ter suspenso ou não utilizado mais de um medicamento, e ter indicação para sintoma da SPP e outros problemas de saúde. Fonte: Produção da própria autora.

A Tabela 22 demonstra quais razões levaram esses pacientes a suspenderem ou não utilizarem o tratamento prescrito, destacando-se as reações adversas (52,56%) como uma das razões para os pacientes suspenderem ou não utilizarem. Assim, a tabela 23 demonstra as reações adversas mais relatadas pelos pacientes. No Apêndice P, pode ser observada a lista completa das razões que levaram a não utilização e/ou suspensão sem autorização médica do tratamento medicamentoso, e no Apêndice Q, a relação completa de todas as reações adversas.

Tabela 22 – Fatores relacionados para a suspensão e/ou não utilização do tratamento prescrito sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78) (versão reduzida)

Fatores que levaram a suspensão ou não compra do medicamento prescrito	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Reações Adversas	30 (38,46)	11 (14,10)	41 (52,56)
Preço (custo alto)	11 (14,10)	4 (5,13)	15 (19,23)
Não utilizou ou suspendeu o uso por não produzir melhora	11 (14,10)	4 (5,13)	15 (19,23)

continua

	conclusão		
Fatores que levaram a suspensão ou não compra do medicamento prescrito	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Medo de utilizar o medicamento	6 (7,69)	0 (0,00)	6 (7,69)
Relata não precisar mais	2 (2,56)	3 (3,85)	5 (6,41)

Cada paciente pode ter suspenso e/ou não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 23 – Reações adversas relatadas dos medicamentos que foram suspensos e/ou não utilizados sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78 (versão reduzida))

Relações adversas relatadas	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sonolência	5 (6,41)	5 (6,41)	10 (12,82)
Fraqueza Muscular	4 (5,13)	3 (3,85)	7 (8,97)
Náusea/Enjoo	5 (6,41)	0 (0,00)	5 (6,41)
Diarreia	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
Insônia	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)

Cada paciente pode ter suspenso e/ou não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

Esta pesquisa classificou também esses medicamentos de acordo com o sistema ATC – Primeiro Nível e Segundo Nível Terapêutico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), que entre os achados, apresentou resultado expressivo para a suspensão ou não utilização de medicamentos do grupo A – Aparelho Digestivo e Metabolismo (47,43%) (ver Tabela 24), bem como, ao classificar, de acordo com o Segundo Nível da Classificação ATC (ver Tabela 25), destacam-se a suspensão ou não utilização dos medicamentos para as vias digestivas e metabolismo (33,33%).

Na tabela 26, são apresentados quais medicamentos tiveram seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes, com maior ênfase para L-carnitina com 33,33% dos pacientes.

Tabela 24 – Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78)

Classificação ATC – Grupo Anatômico Principal	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Grupo A – Aparelho digestivo e Metabolismo	31 (39,74)	6 (7,69)	37 (47,43)
Grupo B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	3 (3,85)	1 (1,28)	4 (5,13)
Grupo C – Aparelho Cardiovascular	11 (14,10)	7 (8,97)	18 (23,07)
Grupo G – Sistema Gêrito-urinário e hormônios sexuais	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
Grupo M – Sistema Musculoesquelético	9 (11,54)	2 (2,56)	11 (14,10)
Grupo N – Sistema Nervoso	21 (26,92)	11 (14,10)	32 (41,02)
Grupo P – Produtos Antiparasitários	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Grupo S – Órgãos do Sentido	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Grupo diversos – Não Classificados	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)

Cada paciente pode ter suspenso e/ou não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 25 – Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78), (Versão Reduzida)

Principais Subgrupo de Medicamentos Prescritos suspensos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A10 – Medicamentos usados na diabetes	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)

continua

Principais Subgrupo de Medicamentos Prescritos suspensos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A11 – Vitaminas	4 (5,13)	2 (2,56)	6 (7,69)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	23 (29,49)	3 (3,85)	26 (33,33)
C03 – Diuréticos	2 (2,56)	2 (2,56)	4 (5,13)
C10 – Hipolipemiantes	4 (5,13)	4 (5,13)	8 (10,26)
M01 – Anti-inflamatórios e antirreumáticos	6 (7,69)	1 (1,28)	7 (8,97)
N02 – Analgésicos	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
N03 – Antiepilépticos	6 (7,69)	4 (5,13)	10 (12,82)
N06 – Psicoanalépticos	11 (14,10)	7 (8,97)	18 (23,07)
N07 – Outros medicamentos do sistema nervoso	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)

Cada paciente pode ter suspenso e/ou não comprado mais de um medicamento. Para versão completa ver Apêndice R. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 26 – Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso sem autorização médica ou não foram utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78), (Versão Reduzida)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
L-carnitina	23 (29,49)	3 (3,85)	26 (33,33)
Gabapentina	5 (6,41)	2 (2,56)	7 (8,97)
Trazodona	2 (2,56)	3 (3,85)	5 (6,41)
Sinvastatina	3 (3,85)	2 (2,56)	5 (6,41)
Condroitina+Glucosamina	3 (3,85)	1 (1,28)	4 (5,13)
Amitriptilina	3 (3,85)	1 (1,28)	4 (5,13)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Amantadina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Atorvastatina	1 (1,28)	2 (2,56)	3 (3,85)
Calecolciferol	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Ciclobenzaprina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Hidroclorotiazida	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Sertralina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)

Cada paciente pode ter suspenso ou não utilizado mais de um medicamento. Para versão completa ver Apêndice S. Fonte: Produção da própria autora.

De acordo com a estratégia de busca utilizada para essa pesquisa, não foram encontrados na literatura da SPP artigos que pudessem corroborar com esses achados, sendo, de suma importância, estes resultados para conhecer mais amplamente o paciente com SPP, sua farmacoterapia e seu comportamento na adesão terapêutica. Entretanto, alguns estudos comentam que as razões mais frequentes dos pacientes suspenderem o tratamento ou não o utilizarem são devido às reações adversas; custo alto da medicação, o que dificulta o acesso e a percepção de que a medicação não está produzindo melhora – razões estas que tiveram valores expressivos nesta pesquisa (FERREIRA, 2014; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; ARRUDA et al., 2015).

As reações adversas podem ser sentidas em pacientes que fazem uso de múltiplos fármacos (polifarmácia), como também aparecem tanto pelo excesso de ingestão da dose, na tentativa de compensar doses não ingeridas, quanto pela falta de medicamento, como o efeito rebote após suspensão abrupta do tratamento. O aparecimento de reações adversas torna-se um entrave, de forma a interferir na adesão terapêutica, suspendendo o uso de determinado medicamento devido ao medo de apresentar tais reações (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010; (FERREIRA, 2014; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; ARRUDA et al., 2015).

Os pacientes relataram, também, que o preço (valor) do medicamento foi um fator que influenciou a suspender ou não utilizar seu medicamento cooperando desta forma para a não adesão terapêutica. O fato do estudo apresentar que os pacientes possuíam renda seja por seguridade social (aposentadoria), vínculo empregatício ou pró-labore, não facilitou ao acesso a esses medicamentos, assim o fator econômico se torna uma barreira para seguir na prescrição médica; logo a obtenção gratuita é frequentemente a única alternativa de acesso ao medicamento. Nesse contexto, é importante considerar que, ao delinear os medicamentos, que foram suspensos ou não utilizados, notam-se que alguns fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e da Relação Nacional de Medicamentos do Componente especializado da Assistência Farmacêutica, sendo dessa forma fornecidos a população pelo governo por meio do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Diante disso, deve-se levar em conta se houve a falta do medicamento na rede pública ou a falta de orientação do profissional de saúde para direcionar o paciente ao acesso na rede pública – assim, pode-se dizer que o acesso ao medicamento é um indicador de resolutividade do sistema de saúde. Estes dados apresentados no estudo enfatizam a importância do profissional farmacêutico no cuidado destes pacientes, como um facilitador no acesso aos medicamentos podendo impactar a adesão ao tratamento medicamentoso, pois discutir alternativas de acesso gratuito ou opções terapêuticas eficientes, porém, mais baratas, sempre deve fazer parte de qualquer avaliação farmacêutica, assim o custo deve ser analisado em conjunto com os resultados clínicos, em um processo de acompanhamento farmacoterapêutico (LEITE; VASCONCELOS, 2003; MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010; CORRER; OTUKI, 2013; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; FERREIRA, 2014).

Vale ressaltar também que, as principais fontes de desperdício na saúde dizem respeito ao abandono da terapêutica e ao consumo incorreto de medicação. Esse desinteresse por parte dos doentes tem como consequência o agravamento do seu quadro clínico e o aumento dos custos associados ao seu tratamento pela utilização de novos medicamentos, ainda mais dispendiosos, mais exames complementares, consultas e hospitalizações (AMADEI; MARCON; BERTOLINI, 2011; TAVARES et al., 2013; FERREIRA, 2014; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014). Ratifica-se ser imprescindível estabelecer e fortalecer a relação profissional de saúde-paciente, de

forma a desenvolver a tomada de decisão e, conseqüentemente, aumento da adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Dentro da realidade apresentada, nesta pesquisa, sobre a adesão terapêutica, parece imperativo traçar estratégias que abordem tanto o comportamento intencional quanto o não intencional visando a educação e orientação em saúde, de forma a minimizar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento (FERREIRA, 2014; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Também ficou claro considerar a adesão ao tratamento medicamentoso como não restrito ao profissional médico, antes, devendo envolver a participação profissional multidisciplinar, como o cuidado farmacêutico – já que o farmacêutico é o último profissional de saúde que o paciente tem contato antes de iniciar o tratamento com o medicamento e o encontra todos os meses na dispensação de seus medicamentos, podendo orientá-lo no uso e na tomada de decisão; assim, utilizando um corpo de conhecimentos técnicos para assistir o paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado, para acompanhar e avaliar a ação, interferência e resultado do uso de medicamentos e outras intervenções terapêuticas. De forma a atuar integralmente na abordagem da avaliação de risco, adotando medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a fim de reduzir as incapacidades e agravos advindos da não adesão ao tratamento medicamentoso promovendo melhor qualidade de vida aos pacientes (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; AMADEI; MARCON; BERTOLINI, 2011; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; MELO; CASTRO, 2017).

5.5.2.3 Associação das variáveis independentes com a variável dependente Adesão Terapêutica

Na busca por fatores que pudessem interferir a não adesão ao tratamento medicamentoso apresentada neste estudo, investigou-se, por meio do teste chi-quadrado, a correlação da variável dependente – adesão terapêutica, com as demais variáveis independentes: sociodemográficas e econômicas, clínicas e farmacoterápicas, considerando associação estatisticamente significante com $p < 0,05$.

No presente estudo, conforme apresentado na Tabela 27, constatou-se que a variável – “adesão terapêutica” apresentou uma relação estatística significativa com a característica clínica da SPP – “Distúrbio do Sono”. As demais variáveis não

apresentaram correlação estatística significativa, com $p > 0,05$. Vale comentar que era esperado correlação significativa da não adesão ao tratamento com a polifarmácia, pois pacientes poli medicados tendem a não aderir ao tratamento; bem como fatores como “renda”, “anos de estudo”, “idade”, “problemas de saúde” e a própria doença (sintomas), o acesso e as RAM; porém não houve essa correlação, pois em alguns estudos de diferentes tipos de populações demonstraram correlação estatística da adesão terapêutica com estas variáveis (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010; GIROTTO, et al., 2013; TAVARES, et al., 2013; REMONDI, CABRERA, SOUZA, 2014; ARRUDA et al., 2015).

Assim, de acordo com a estratégia de busca utilizada para essa pesquisa, não foram encontrados na literatura de SPP, estudos que pudessem corroborar com este tema, sendo assim, estes dados encontrados na pesquisa ajudam a compreender melhor o comportamento dos pacientes com SPP frente a adesão terapêutica. Em relação ao resultado sobre o Distúrbio do sono, talvez como forma de justificar, deve-se levar em conta que, no momento da entrevista, muitos pacientes relataram medicamentos para o sintoma Distúrbio do sono, porém, alguns afirmaram usar estes medicamentos de forma inconstante, demonstrando não adesão ao tratamento, por medo, pela reação adversa a medicamentos (RAM) no dia seguinte como sonolência, fraqueza muscular, tonturas e por escolherem quando precisam utilizá-lo.

A apresentação desses dados, proporciona o conhecimento do perfil sociodemográfico e econômico, clínico e farmacoterapêutico em relação a não adesão terapêutica prescrita por parte desta população, tornando-se possível elaborar estratégias direcionadas, visando educação em saúde e minimização de fatores que dificultem a adesão ao tratamento prescrito. Diante disso, o acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelo farmacêutico nos serviços de saúde é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento com os pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas, promovendo melhor qualidade de vida para estes pacientes (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; AMADEI; MARCON; BERTOLINI, 2011; CORRER; OTUKI, 2013; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; MELO; CASTRO, 2017).

Tabela 27 - Associação entre a Adesão Terapêutica dos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Variáveis		Adesão >80% (Aderentes)		Adesão <80% (Não Aderentes)		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Gênero	Feminino	27	77,1%	84	73,0%	111	74,0%	0,628
	Masculino	8	22,9%	31	27,0%	39	26,0%	
Idade	38-45	4	11,4%	24	20,9%	28	18,7%	0,119
	46-55	12	34,3%	51	44,3%	63	42,0%	
	56-64	14	40,0%	34	29,6%	48	32,0%	
	65 ou mais	5	14,3%	6	5,2%	11	7,3%	
Idade na Pólio	<1	14	40,0%	35	30,4%	49	32,7%	0,733
	≥1 a <2	9	25,7%	41	35,7%	50	33,3%	
	≥2 a <3	6	17,1%	24	20,9%	30	20,0%	
	≥3 a <4	2	5,7%	7	6,1%	9	6,0%	
	≥4 a <9	3	8,6%	7	6,1%	10	6,7%	
	≥9 a ≤20	1	2,9%	1	0,9%	2	1,3%	
Cor da Pele	Branca	26	74,3%	85	73,9%	111	74,0%	0,932
	Parda	4	11,4%	17	14,8%	21	14,0%	
	Preta/Negra	4	11,4%	10	8,7%	14	9,3%	
	Amarela/ Oriental	1	2,9%	3	2,6%	4	2,7%	
Estado civil	Casado/Amasiado	26	74,3%	77	67,0%	103	68,7%	0,810
	Solteiro	5	14,3%	25	21,7%	30	20,0%	

continua

continuação

Variáveis		Adesão >80% (Aderentes)		Adesão <80% (Não Aderentes)		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
		Divorciado/Separado	3	8,6%	10	8,7%	13	
	Viúvo	1	2,9%	3	2,6%	4	2,7%	
Anos de Estudo	≤5 anos de estudo	6	17,1%	13	11,3%	19	12,7%	0,579
	6 a 9 anos de estudo	1	2,9%	10	8,7%	11	7,3%	
	10 a 12 anos de estudo	13	37,1%	43	37,4%	56	37,3%	
	≥13 anos de estudo	15	42,9%	49	42,6%	64	42,7%	
Renda	Não trabalha	1	2,9%	9	7,8%	10	6,7%	0,302
	Trabalha e Aposentado	34	97,1%	106	92,2%	140	93,3%	
Ocupação	Não trabalha e aposentado	21	60,0%	62	53,9%	83	55,3%	0,526
	Trabalha	14	40,0%	53	46,1%	67	44,7%	
IMC	<18	1	2,9%	0	0,0%	1	0,7%	0,310
	>18 e < 24	6	17,1%	32	27,8%	38	25,3%	
	≥25 e <30	15	42,9%	45	39,1%	60	40,0%	
	≥30	13	37,1%	38	33,1%	51	34%	
Tipo de Paresia	Mono	14	40,0%	37	32,2%	51	34,0%	0,769
	Di	14	40,0%	46	40,0%	60	40,0%	
	Tri	2	5,7%	10	8,7%	12	8,0%	
	Quadri	5	14,3%	22	19,1%	27	18,0%	
Cigarro	Nunca consumiu	21	60,0%	68	59,1%	89	59,3%	0,922

continua

continuação

Variáveis		Adesão >80% (Aderentes)		Adesão <80% (Não Aderentes)		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
		Consome	4	11,4%	11	9,6%	15	
Já consumiu	10	28,6%	36	31,3%	46	30,7%		
Álcool	Nunca consumiu	10	28,6%	28	24,3%	38	25,3%	0,833
	Consome	3	8,6%	16	13,9%	19	12,7%	
	Raramente (Final de semana)	12	34,3%	41	35,7%	53	35,3%	
	Já consumiu	10	28,6%	30	26,1%	40	26,7%	
Café	Nunca consumiu	1	2,9%	3	2,6%	4	2,7%	0,740
	Consome	34	97,1%	108	93,9%	142	94,7%	
	Raramente	0	0,0%	1	0,9%	1	0,7%	
	Já consumiu	0	0,0%	3	2,6%	3	2,0%	
Polifarmácia	1 a 4 medicamentos (Não)	14	40,0%	57	49,6%	71	47,3%	0,321
	5 ou mais medicamentos (Sim)	21	60,0%	58	50,4%	79	52,7%	
Problemas de Saúde concomitantes a SPP	Sim	35	100%	108	93,9%	143	95,3%	0,135
	Não	0	0%	7	6,1%	7	4,7%	
Quantidade de problemas de saúde concomitantes a SPP	0 a 4	19	54,3%	68	59,1%	87	58,0%	0,611
	5 ou mais	16	45,7%	47	40,9%	63	42,0%	
Medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	Sim	31	88,6%	111	96,5%	142	94,7%	0,067

continua

continuação

Variáveis	Adesão >80% (Aderentes)		Adesão <80% (Não Aderentes)		Total		P-valor	
	N	%	N	%	N	%		
	Não	4	11,4%	4	3,5%	8		5,3%
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo não sente melhora	Sim	3	8,6%	12	10,4%	15	10,0%	0,748
	Não	32	91,4%	103	89,6%	135	90,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica	Sim	16	45,7%	62	53,9%	78	52,0%	0,395
	Não	19	54,3%	53	46,1%	72	48,0%	
Quantidade de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação)	0 a 4	26	74,3%	72	62,6%	98	65,3%	0,204
	5 ou mais	9	25,7%	43	37,4%	52	34,7%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo Preço	Sim	5	14,3%	10	8,7%	15	10,0%	0,334
	Não	30	85,7%	105	91,3%	135	90,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo RAM	Sim	8	22,9%	33	28,7%	41	27,3%	0,497
	Não	27	77,1%	82	71,3%	109	72,7%	
Prescrição sem horários e orientações	Sim	23	65,7%	83	72,2%	106	70,7%	0,462

continua

Variáveis		conclusão						P-valor
		Adesão >80% (Aderentes)		Adesão <80% (Não Aderentes)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Não	12	34,3%	32	27,8%	44	29,3%	
Utiliza medicamentos prescritos conforme a prescrição	Sim	15	42,9%	62	53,9%	77	51,3%	0,252
	Não	20	57,1%	53	46,1%	73	48,7%	
Sintoma da SPP – Distúrbio do Sono	Sim	19	54,3%	93	80,9%	112	74,7%	0,002
	Não	16	45,7%	22	19,1%	38	25,3%	
Sintoma da SPP – Intolerância ao Frio	Sim	30	85,7%	95	82,6%	125	83,3%	0,666
	Não	5	14,3%	20	17,4%	25	16,7%	
Sintoma da SPP – Dor Articular	Sim	34	97,1%	101	87,8%	135	90,0%	0,108
	Não	1	2,9%	14	12,2%	15	10,0%	
Sintoma da SPP – Dor Muscular	Sim	29	82,9%	106	92,2%	135	90,0%	0,108
	Não	6	17,1%	9	7,8%	15	10,0%	
Sintoma da SPP – Fadiga	Sim	30	85,7%	99	86,1%	129	86,0%	0,956
	Não	5	14,3%	16	13,9%	21	14,0%	

Fonte: Produção da própria autora.

5.5.3 Medicamentos não prescritos – Automedicação

A automedicação é definida como o uso de medicamento sem a utilização de prescrição, orientação e/ou acompanhamento do prescritor, com a escolha do medicamento realizada pelo próprio paciente, no intuito de tratar e aliviar sintomas (DOMINGUES et al., 2015)

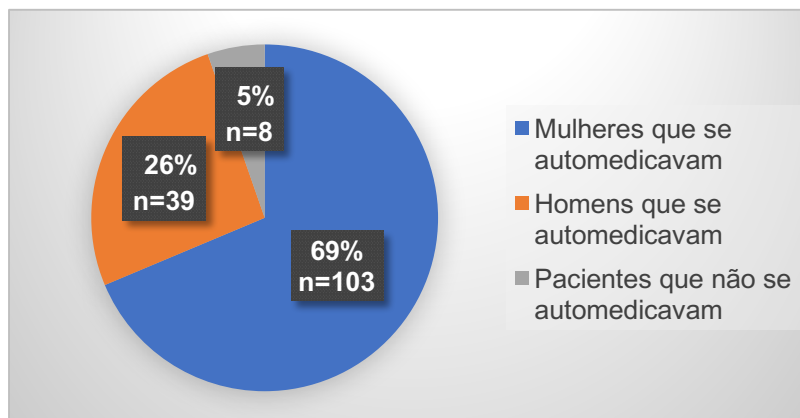
Dentre as formas pelas quais a automedicação pode ser praticada está a aquisição de medicamentos sem receita, indicação e o compartilhamento de medicamentos com outros integrantes da família ou do círculo social, a reutilização de sobras de medicamentos de tratamentos anteriores e a utilização de antigas prescrições – “experiências positivas anteriores”; na função simbólica de “cura” que os medicamentos exercem sobre a população e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde – sua demora e baixa qualidade. Além disso, há que se considerar a veiculação de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia, constituindo fatores importantes para a prática da automedicação (FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014; JEREZ-ROIG et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2015)

Considerando que nenhum medicamento é inócuo ao organismo, a automedicação é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, e essa prática é enquadrada como uma das formas de uso inadequado de medicamentos, trazendo inúmeros riscos à saúde, interferindo no diagnóstico ou agravando doenças, causando interação entre medicamentos em uso, reações adversas, diminuição da eficácia, dependência ao medicamento, intoxicações e risco de óbito. A automedicação é um fenômeno mundial, sua prevalência difere em função da população estudada e do método utilizado, contudo sabe-se que fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo, tornando-a um problema de Saúde Pública (FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014; ARAÚJO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2015; ARRAIS et al., 2016; VERNIZE; SILVA, 2016)

Diante deste cenário, buscou-se conhecer na população estudada sua relação com a automedicação, e verificou-se que 95% dos pacientes com SPP deste estudo declararam a prática da automedicação (Figura 10); destes, 69% eram mulheres. Todavia, a busca dentro da base de dados utilizada para essa pesquisa, não foram encontrados estudos sobre automedicação dentro desta população que possa corroborar com este achado, porém, este achado demonstra que a automedicação é uma realidade nestes pacientes, de forma a enxergar a relação destes pacientes com o medicamento. Apesar do elevado índice encontrado, sabe-se que em diversos estudos nacionais, de grupos populacionais diferentes, os valores variaram muito, entre 6,0 e 90% de prevalência de adoção desta prática (VITOR et al., 2008; MARTINS et al., 2011; SANTELLO et al., 2013; JEREZ-ROIG et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015),

e além do mais, indivíduos que não praticam atividade físicas, semelhante aos pacientes de SPP, apresentam maior utilização de medicamentos sem prescrição em relação àqueles que praticam atividade física (BARROS E SÁ; BARROS; OLIVEIRA SÁ, 2007).

Figura 10 – Distribuição do uso de medicamentos sem prescrição médica (automedicação) entre os pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n = 150)



Fonte: Produção da própria autora.

5.5.3.1 Fatores que motivam o uso de medicamentos sem prescrição médica - Automedicação

Entre os pacientes que relataram praticar a automedicação sem prescrição/orientação, investigou-se os fatores que os motivam a realizar tal prática. Entre os diversos fatores destaca-se Problemas Gastrointestinais (95,77%) - ver Tabela 28. Os pacientes com SPP entrevistados relataram até 9 motivos que os fizeram praticar a automedicação, com média de 3,35 motivos (DP± 2,05) por paciente.

Tabela 28 – Fator motivador para a utilização de medicamentos sem prescrição médica (automedicação) relatados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142) (versão reduzida)

Fator motivador para a automedicação	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Problemas Gastrointestinais	97 (68,31)	39 (27,46)	136 (95,77)
Dor de cabeça	70 (49,30)	26 (18,31)	96 (67,61)
Dor muscular e articular	72 (50,70)	23 (16,20)	95 (66,90)
Gripe/febre	45 (31,69)	15 (10,56)	60 (42,25)
Problemas Respiratórios	41 (28,87)	11 (7,75)	52 (36,62)
Reposição de Vitaminas e Minerais	17 (11,97)	4 (2,82)	21 (14,79)
Olhos e ouvidos	14 (9,85)	6 (4,23)	20 (14,08)
Dermatite	15 (10,56)	5 (3,52)	20 (14,08)
Insônia	7 (4,93)	1 (0,70)	8 (5,63)

Cada paciente pode ter relatado mais de um fator motivador para o uso de medicamento sem prescrição. (Versão completa ver Apêndice T) Fonte: Produção da própria autora.

O fato dos problemas gastrointestinais serem um fator motivador para a população estudada, pode-se justificar pelo uso frequente de fármacos para acidez, devido ao uso de muitos medicamentos concomitantes – polifarmácia (BARROS E SÁ; BARROS; OLIVEIRA SÁ, 2007; MARTINS et al., 2011; BARROSO et al., 2017); já o fator motivador para Dor de cabeça, Dor articular/muscular e Problemas respiratórios terem sido relatados deve-se ao fato de figurarem como sintomas propriamente da SPP (MAYNARD; HEADLEY, 2000). Entretanto, alguns estudos de outras populações assinalam esses mesmos fatores motivadores para automedicação, e nesses, os autores apontam que a busca rápida por soluções de problemas redundam muito em função da dificuldade de acesso aos serviços médicos (SANTELLO et al., 2013; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014; JEREZ-ROIG et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015).

5.5.3.2 Utilização e classificação dos medicamentos não prescritos – Automedicação

Nesta presente pesquisa foram investigados quais medicamentos sem prescrição esses pacientes utilizavam, e foram relatados 591 medicamentos sem prescrição médica – 132 relatados por homens e 459 relatados por mulheres. E foram identificados 69 princípios ativos, 46 associações entre princípios ativos, 14 fitoterápicos, quatro associações entre fitoterápicos e um medicamento homeopático. Desses, 81 eram medicamentos isentos de prescrição médica (MIPS).

As mulheres participantes da pesquisa relataram utilizar até 14 medicamentos sem prescrição médica e os homens relataram utilizarem até 10 medicamentos, sendo o número médio de 3,93 medicamentos por paciente (DP± 2,65), mulheres 4,12 (DP± 2,83) e homens 3,41 (DP± 2,00); assim 65,33% da amostra utilizavam até quatro medicamentos sem prescrição médica, e 34,67% até cinco medicamentos sem prescrição médica.

Em relação aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos sem prescrição médica, temos 19 pacientes (12,67%) que declararam fazerem uso, 16 mulheres (10,67%) e três homens (2%). Pôde-se observar que cinco participantes (3,34%) declararam utilizar medicamentos com regime de controle especial sem prescrição médica, sendo quatro mulheres (2,67%) e um homem (0,67%).

Na tabela 29 pode-se observar características quanto a forma de utilização, bem como a frequência e o propósito do uso destes medicamentos sem prescrição, No Apêndice U, encontram-se todos os propósitos de uso, no Apêndice V constam os principais medicamentos sem prescrição médica de acordo com o comportamento do uso e frequência, e no Apêndice W, os principais medicamentos/propósitos da utilização.

Tabela 29 – Características sobre o uso dos medicamentos sem prescrição médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Medicamentos sem prescrição médica	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Forma de utilização			
Pacientes que utilizam somente na dor (mal-estar)	80 (56,33)	31 (21,83)	111 (78,17)

continua

				conclusão
Medicamentos sem prescrição médica	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	
Pacientes que fazem uso contínuo	61 (42,96)	20 (14,08)	81 (57,04)	
Utilizam com esquema posológico até melhorarem	61 (42,96)	17 (11,97)	78 (54,92)	
Frequência do uso				
Sempre	68 (47,89)	21 (14,79)	89 (62,67)	
Às vezes	95 (66,90)	35 (24,65)	130 (91,55)	
Propósito da utilização– (Versão Reduzida)				
Dor muscular/articular	71 (50,00)	22 (15,49)	93 (65,49)	
Dor de cabeça	65 (45,77)	22 (15,49)	87 (61,26)	
Problemas gastrointestinais	54 (38,03)	22 (15,49)	76 (53,52)	
Gripe e febre	36 (25,35)	14 (9,86)	50 (35,21)	
Problemas respiratórios	30 (21,13)	10 (7,04)	40 (28,17)	
Reposição de vitaminas e minerais	21 (14,79)	5 (3,52)	26 (18,31)	

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

Os medicamentos sem prescrição médica foram classificados de acordo com o sistema ATC - Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal, com ênfase no uso do grupo N – Sistema Nervoso, com 74,65% dos pacientes (ver Tabela 30), e de acordo com o Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico com evidência para o uso dos Analgésicos com 74,65% dos pacientes (Tabela 31). Delineando os medicamentos sem prescrição, destacam-se o uso da Dipirona, com 42,96% dos pacientes, seguidos da associação de Dipirona/Orfenadrina/Cafeína com 27,46%, Paracetamol com 24,64%, Ibuprofeno com 16,90% (Tabela 32).

Tabela 30 – Distribuição dos medicamentos sem prescrição mais utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Primeiro Nível: Grupo Anatômico Principal). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Classificação ATC Grupo Anatômico Principal	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Grupo A – Aparelho digestivo e Metabolismo	62 (43,66)	23 (16,20)	85 (59,86)
Grupo B – Sangue e órgãos Hematopoéticos	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Grupo C – Aparelho Cardiovascular	4 (2,82)	1 (0,70)	5 (3,52)
Grupo D – Medicamentos Dermatológicos	9 (6,34)	5 (3,52)	14 (9,86)
Grupo G – Sistema Gênitó-urinário e Hormônios sexuais	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Grupo H – Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)
Grupo J – Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Grupo M – Sistema Musculoesquelético	65 (45,77)	16 (11,27)	81 (57,04)
Grupo N – Sistema Nervoso	78 (54,93)	28 (19,72)	106 (74,65)
Grupo R – Aparelho respiratório	38 (26,76)	9 (6,34)	47 (33,10)
Grupo S – Órgãos do Sentido	13 (9,15)	5 (3,52)	18 (12,68)
Diversos – Não classificados	31 (21,83)	10 (7,04)	41 (28,87)

Cada paciente pode ter utilizado mais de uma classe de medicamentos. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 31 – Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica mais utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142), (Versão Reduzida)

Subgrupo dos Medicamentos sem Prescrição	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A02 – Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	27 (19,01)	12 (8,45)	39 (27,46)
A03 – Agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos	18 (12,68)	7 (4,93)	25 (17,60)

continua

Subgrupo dos Medicamentos sem Prescrição	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A06 – Laxativos	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,22)
A11 – Vitaminas	18 (12,68)	4 (2,82)	22 (15,49)
A12 – Suplementos minerais	7 (4,93)	0 (0,00)	7 (4,93)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	14 (9,86)	6 (4,22)	20 (14,08)
D01 – Antifúngicos para uso dermatológico	4 (2,82)	2(1,41)	6 (4,22)
D03 – Preparados para tratamento de feridas e úlceras	3 (2,11)	1 (0,70)	4 (2,82)
H02 – Corticosteróides para uso sistêmico	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)
M01 – Anti-inflamatórios e antirreumáticos	45 (31,69)	6 (4,23)	51 (35,91)
M03 – Relaxantes musculares	37 (26,05)	11 (7,75)	48 (33,80)
N02 – Analgésicos	78 (54,93)	28 (19,72)	106 (74,65)
N05 – Psicolépticos	5 (3,52)	0 (0,00)	5 (3,52)
N06 – Psicoanalépticos	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)
R01 – Preparados para uso nasal	4 (2,82)	1 (0,70)	5 (3,52)
R05 – Preparados contra a tosse e resfriados	19 (13,38)	6 (4,22)	25 (17,60)
R06 – Anti-histamínicos para uso sistêmico	21 (14,78)	4 (2,82)	25 (17,60)
S01 – Produtos oftalmológicos	13 (9,15)	5 (3,52)	18 (12,67)
Diversos – Não classificados (Ver Apêndice Y)	31 (21,83)	10 (7,04)	41 (28,87)

Cada paciente pode ter utilizado mais de uma classe de medicamentos. Para versão completa ver Apêndice X. Fonte: Produção da própria autora.

Tabela 32 – Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica mais utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142),
(Versão Reduzida)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dipirona	41 (28,87)	19 (13,38)	61 (42,96)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	30 (21,13)	9 (6,34)	39 (27,46)
Paracetamol	27 (19,01)	8 (5,63)	35 (24,64)
Ibuprofeno	21 (14,79)	3 (2,10)	24 (16,90)
Isometepteno+Dipirona+Cafeína	18 (12,68)	4 (2,81)	22 (15,49)
Simeticona	15 (10,56)	4 (2,82)	19 (13,38)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol +Paracetamol+Cafeína	14 (9,86)	4 (2,81)	18 (12,67)
Carbonato de Sódio+Ácido Cítrico +Bicarbonato de Sódio	12 (8,45)	6 (4,22)	18 (12,67)
Omeprazol	12 (8,45)	4 (2,81)	16 (11,27)
Paracetamol+Clorfeniramina +Fenilefrina	11 (7,75)	5 (3,52)	16 (11,27)
Diclofenaco Sódico	13 (9,15)	1 (0,70)	14 (9,86)
Dipirona+Clorfeniramina+Cafeína	10 (7,04)	4 (2,81)	14 (9,86)
Loratadina	9 (6,34)	2 (1,40)	11 (7,75)
Nimesulida	10 (7,04)	1 (0,70)	11 (7,75)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Para versão completa ver Apêndice Z. Fonte: Produção da própria autora.

Estes achados apresentados proporcionam um olhar mais abrangente sobre os pacientes com SPP, e se aproximam muito de outros estudos com diversos tipos de populações, de forma que a prática da automedicação é mais comum no gênero feminino, prevalecendo o comportamento da utilização somente na dor (mal-estar) e com frequência de uso “às vezes”, bem como na elevada utilização dos medicamentos sem prescrição médica para o sintoma (propósito) de “dor muscular e/ou articular”, e

o uso de analgésicos e anti-inflamatórios sem prescrição (CHIMELLO; VIANNA, 2010; SANTELLO et al., 2013; ARAÚJO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2015; ARRAIS et al., 2016; BARROSO et al., 2017).

Em relação ao uso elevado de analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares dos pacientes deste estudo, talvez seja justificado pelo fato da dor muscular/articular ser um dos sintomas mais comuns nos pacientes com SPP, assim como a dor de cabeça (Cefaleia). Contudo, também deve-se considerar o fato do acesso a estes medicamentos ser facilitado, pois analgésicos, em sua maioria, tanto no uso para dor como para febre, são isentos de prescrição médica e os anti-inflamatórios e relaxantes musculares vendidos sob prescrição médica, não exigem retenção de receita, podendo-se corroborar para a automedicação. Vale lembrar que, apesar de terem utilizado medicamentos isentos de prescrição médica, estes não são isentos de riscos (MAYNARD; HEADLEY, 2000; SANTOS et al., 2013; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014; ARAÚJO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2015; ARRAIS et al., 2016; VERNIZE; SILVA, 2016).

Os medicamentos para gripe e problemas respiratórios também, como em outros estudos, tiveram seus valores elevados, porém, nesse grupo é necessário cuidado com o uso de anti-histamínicos pois estes podem aumentar a sonolência e, conseqüentemente, falta de força e fadiga (MAYNARD; HEADLEY, 2000; CHIMELLO; VIANNA, 2010; KAY, 2014; BARROSO et al., 2017). Já o uso de medicamentos para os problemas gastrointestinais, sem prescrição, pode ser justificado pelo fato de alto uso de medicação concomitante (polifarmácia), resultando em aquisição de desconforto gástrico, como também, o fato do uso de anti-inflamatórios, que apresentam capacidade elevada de provocar reações adversas, sendo uma de suas complicações mais comuns, também, as gastrointestinais; contudo, deve-se atentar para alguns medicamentos dessa classe, como os inibidores da bomba de prótons, pois é provável que seu uso crônico possa estar associado a má absorção de cálcio pelos ossos, podendo levar a osteoporose, e conseqüentemente aumento de fraturas ósseas, o que é muito preocupante para pacientes com SPP, devendo seu uso ser por indicações precisas e período estabelecido pelos prescritores (CHEN et al., 2012; SANTELLO et al., 2013; WILHELM; RJATER; KALE-PRADHAN, 2013; DOMINGUES et al., 2015; YANAGIHARA et al., 2015; BARROSO et al., 2017). Ainda, o uso de vitaminas e minerais como reposição é, em grande parte, por indicação de conhecidos ou pelas propagandas por mídias, entretanto, segundo Maynard e Headley (2000), o

excesso de algumas vitaminas ou minerais, como por exemplo da Vitamina B6, pode causar câimbras, cansaço excessivo e dificuldades para dormir, podendo contribuir para lesão dos nervos.

É importante considerar que a automedicação nos pacientes deste estudo ocorre associada a polifarmácia de medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP e outros problemas de saúde concomitantes a SPP, e ao possível envelhecimento acelerado nesses pacientes, logo, a probabilidade de interações medicamentosas e reações adversas se potencializar é grande, já que no envelhecimento, alterações fisiológicas podem alterar o efeito farmacocinético e farmacodinâmico dos medicamentos, tornando-os potencialmente inapropriados, apresentando riscos superiores em razão dos benefícios, de forma a exacerbar os sintomas da síndrome, diminuindo a capacidade funcional do paciente e sua qualidade de vida (PERLMAN, 1999; MAYNARD; HEADLEY, 2000; MARIN et al., 2008; VITOR et al., 2008; SANTELLO et al., 2013; KAY, 2014; VERNIZE; SILVA, 2016; BARROSO et al., 2017).

Diante dos prováveis riscos que podem advir da automedicação aos pacientes com SPP, são necessárias estratégias e ações de educação em saúde, munindo-se de ferramentas como o cuidado farmacêutico, a fim de promover o uso racional dos medicamentos, informando sobre os riscos da automedicação e gerando uma conscientização de forma a motivar, e auxiliar, a população a adotar, e manter, práticas e estilos de vida saudáveis, visando uma farmacoterapia segura com o intuito de prevenir e dirimir os prejuízos decorrentes da automedicação em relação a SPP (MARIN et al., 2008; SOUSA; SILVA; NETO, 2008; CHIMELLO; VIANNA, 2010; SANTELLO et al., 2013; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014).

5.5.3.3 Associação das variáveis independentes do estudo com o uso e quantidade de medicamentos sem prescrição médica – Automedicação

Foi investigada a variável dependente – “uso de automedicação” (categorizada como sim/não), em relação às variáveis independentes: sociodemográficas, econômicas, clínicas e farmacoterápicas. Foi aplicado o teste chi-quadrado para verificar a existência de correlação estatisticamente significativa, considerando $p < 0,05$.

Na tabela 33, não foram encontradas evidências de associação significativa entre o uso de automedicação e as demais variáveis do estudo ($p > 0,05$), porém em estudos sobre a automedicação em diversas populações são demonstradas correlações estatisticamente significativas com as variáveis sexo, idade, renda, anos de estudo, doença, problemas de saúde, polifarmácia, não adesão terapêutica e não utilização de medicamentos prescritos conforme prescrição médica (MARIN et al., 2008; SANTOS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2015; ARRAIS et al., 2016).

Tabela 33 - Associação o uso de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação) pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Variáveis		Automedicação						P-valor
		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Gênero	Feminino	103	72,5%	8	100%	111	74,0%	0,085
	Masculino	39	27,5%	0	0%	39	26,0%	
Idade	38-45	27	19,0%	1	12,5%	28	18,7%	0,590
	46-55	61	43,0%	2	25,0%	63	42,0%	
	56-64	44	31,0%	4	50,0%	48	32,0%	
	65 ou mais	10	7,0%	1	12,5%	11	7,3%	
Idade na Pólio	<1	45	31,7%	4	50,0%	49	32,7%	0,127
	≥1 a <2	50	35,2%	0	0,0%	50	33,3%	
	≥2 a <3	28	19,7%	2	25,0%	30	20,0%	
	≥3 a <4	9	6,3%	0	0,0%	9	6,0%	
	≥4 a <9	8	5,6%	2	25,0%	10	6,7%	
	≥9 a ≤20	2	1,4%	0	0,0%	2	1,3%	

continua

continuação

Variáveis	Automedicação						P-valor	
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Cor da Pele	Branca	104	73,2%	7	87,5%	111	74,0%	0,513
	Parda	20	14,1%	1	12,5%	21	14,0%	
	Preta/Negra	14	9,9%	0	0,0%	14	9,3%	
	Amarela/ Oriental	4	2,8%	0	0,0%	4	2,7%	
Estado civil	Casado/Amasiado	98	69,0%	5	62,5%	103	68,7%	0,394
	Solteiro	27	19,0%	3	37,5%	30	20,0%	
	Divorciado/Separado	13	9,2%	0	0,0%	13	8,7%	
	Viúvo	4	2,8%	0	0,0%	4	2,7%	
Anos de Estudo	≤5 anos de estudo	17	12,0%	2	25,0%	19	12,7%	0,640
	6 a 9 anos de estudo	11	7,7%	0	0,0%	11	7,3%	
	10 a 12 anos de estudo	53	37,3%	3	37,5%	56	37,3%	
	≥13 anos de estudo	61	43,0%	3	37,5%	64	42,7%	
Renda	Não trabalha	10	7,0%	0	0%	10	6,7%	0,437
	Trabalha e Aposentado	132	93,0%	8	100%	140	93,3%	
Ocupação	Não trabalha	78	54,9%	5	62,5%	83	55,3%	0,675
	Trabalha/Aposentado	64	45,1%	3	37,5%	67	44,7%	
IMC	<18	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%	0,837
	>18 e < 24	37	26,1%	1	12,5%	38	25,3%	
	≥25 e <30	56	39,4%	4	50,0%	60	40,0%	

Continua

continuação

Variáveis	Automedicação						P-valor	
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
	≥30	48	33,8%	3	37,5%	51	34%	
Tipo de Paresia	Mono	48	33,8%	3	37,5%	51	34,0%	0,178
	Di	59	41,5%	1	12,5%	60	40,0%	
	Tri	10	7,0%	2	25,0%	12	8,0%	
	Quadri	25	17,6%	2	25,0%	27	18,0%	
Cigarro	Nunca consumiu	87	61,3%	2	25,0%	89	59,3%	0,100
	Consome	13	9,2%	2	25,0%	15	10,0%	
	Já consumiu	42	29,6%	4	50,0%	46	30,7%	
Álcool	Nunca consumiu	35	24,6%	3	37,5%	38	25,3%	0,663
	Consome	19	13,4%	0	0,0%	19	12,7%	
	Raramente (Final de semana)	50	35,2%	3	37,5%	53	35,3%	
	Já consumiu	38	26,8%	2	25,0%	40	26,7%	
Café	Nunca consumiu	4	2,8%	0	0%	4	2,7%	0,924
	Consome	134	94,4%	8	100%	142	94,7%	
	Raramente	1	0,7%	0	0%	1	0,7%	
	Já consumiu	3	2,1%	0	0%	3	2,0%	
Problemas de Saúde concomitantes a SPP	Sim	135	95,1%	8	100%	143	95,3%	0,520
	Não	7	4,9%	0	0%	7	4,7%	

continua

continuação

Variáveis	Automedicação						P-valor	
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Quantidade de problemas de saúde concomitantes a SPP	0 a 4	83	58,5%	4	50,0%	87	58,0%	0,638
	5 ou mais	59	41,5%	4	50,0%	63	42,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica	Sim	74	52,1%	4	50,0%	78	52,0%	0,907
	Não	68	47,9%	4	50,0%	72	48,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo não sente melhora	Sim	14	9,9%	1	12,5%	15	10,0%	0,809
	Não	128	90,1%	7	87,5%	135	90,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo Preço	Sim	15	10,6%	0	0%	15	10,0%	0,333
	Não	127	89,4%	08	100%	135	90,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica – Por motivo RAM	Sim	39	27,5%	2	25,0%	41	27,3%	0,879
	Não	103	72,5%	6	75,0%	109	72,7%	

Continua

		Automedicação						conclusão
Variáveis		Sim		Não		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
		Prescrição sem horários e orientações	Sim	98	69,0%	8	100%	
	Não	44	31,0%	0	0%	44	29,3%	
Utiliza medicamentos prescritos conforme a prescrição	Sim	74	52,1%	3	37,5%	77	51,3%	0,421
	Não	68	47,9%	5	62,5%	73	48,7%	
Sintoma da SPP – Distúrbio do Sono	Sim	107	75,4%	5	62,5%	112	74,7%	0,416
	Não	35	24,6%	3	37,5%	38	25,3%	
Sintoma da SPP – Intolerância ao Frio	Sim	119	83,8%	6	75,0%	125	83,3%	0,516
	Não	23	16,2%	2	25,0%	25	16,7%	
Sintoma da SPP - Dor Articular	Sim	127	89,4%	8	100%	135	90,0%	0,333
	Não	15	10,6%	0	0%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Dor Muscular	Sim	128	90,1%	7	87,5%	135	90,0%	0,809
	Não	14	9,9%	1	12,5%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Fadiga	Sim	121	85,2%	8	100%	129	86,0%	0,241
	Não	21	14,8%	0	0%	21	14,0%	

Fonte: Produção da própria autora.

Esta pesquisa também investigou correlação estatisticamente significativa entre a variável dependente – “número de medicamentos sem prescrição médica utilizados”

(categorizada como 0–4 medicamentos e ≥ 5 medicamentos) em relação às variáveis independentes: sociodemográficas, econômicas, clínicas e farmacoterápicas, aplicando o teste chi-quadrado considerando $p < 0,05$ (ver tabela 34). Foi constatado que, - “a idade em que o paciente foi acometido com a Pólio” apresenta uma relação estatística significativa com – “o número de medicamentos utilizados sem prescrição médica”. As demais variáveis do estudo tiveram ($p > 0,05$), não apresentando correlação estatística. Vale comentar que, talvez a prática da automedicação desses pacientes da pesquisa seja pelo fato de que o referido ambulatório, por ser referência para o tratamento da síndrome, e de a alta demanda de atendimento, o agendamento da consulta seja mais demorado, dificultando o acesso ao serviço de saúde.

Com estes dados apresentados nas tabelas, pode-se ter uma visão mais clara do perfil de automedicação destes pacientes, alertando para as necessidades de ações preventivas para conscientizar os pacientes com SPP sobre os efeitos que a automedicação podem acarretar, e para isso, torna-se necessária a contribuição de profissionais de saúde, como o farmacêutico, para otimizar o uso racional de medicamentos e reduzir ao máximo as complicações decorrentes de seu consumo (VITOR et al., 2008; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2014).

Tabela 34 - Associação entre o número de medicamentos sem prescrição médica (Automedicação) utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo e as variáveis independentes de interesse. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Variáveis		Automedicação						P-valor
		0 a 4 med.		5 ou mais		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Gênero	Feminino	68	69,4%	43	82,7%	111	74,0%	0,077
	Masculino	30	30,6%	9	17,3%	39	26,0%	
Idade	38-45	15	15,3%	13	25,0%	28	18,7%	0,156
	46-55	40	40,8%	23	44,2%	63	42,0%	
	56-64	33	33,7%	15	28,8%	48	32,0%	

continua

continuação

Variáveis	Automedicação						P-valor	
	0 a 4 med.		5 ou mais		Total			
	N	%	N	%	N	%		
	65 ou mais	10	10,2%	1	1,9%	11	7,3%	
Idade na Pólio	<1	37	37,8%	12	23,1%	49	32,7%	0,042
	≥1 a <2	24	24,5%	26	50,0%	50	33,3%	
	≥2 a <3	20	20,4%	10	19,2%	30	20,0%	
	≥3 a <4	7	7,1%	2	3,8%	9	6,0%	
	≥4 a <9	8	8,2%	2	3,8%	10	6,7%	
	≥9 a ≤20	2	2,0%	0	0,0%	2	1,3%	
Cor da Pele	Branca	68	69,4%	43	82,7%	111	74,0%	0,225
	Parda	15	15,3%	6	11,5%	21	14,0%	
	Preta/Negra	11	11,2%	3	5,8%	14	9,3%	
	Amarela/ Oriental	4	4,1%	0	0,0%	4	2,7%	
Estado civil	Casado/Amasiado	68	69,4%	35	67,3%	103	68,7%	0,809
	Solteiro	20	20,4%	10	19,2%	30	20,0%	
	Divorciado/Separado	7	7,1%	6	11,5%	13	8,7%	
	Viúvo	3	3,1%	1	1,9%	4	2,7%	
Anos de Estudo	≤5 anos de estudo	15	15,3%	4	7,7%	19	12,7%	0,495
	6 a 9 anos de estudo	8	8,2%	3	5,8%	11	7,3%	
	10 a 12 anos de estudo	36	36,7%	20	38,5%	56	37,3%	
	≥13 anos de estudo	39	39,8%	25	48,1%	64	42,7%	

continua

Continuação

Variáveis		Automedicação						P- valor
		0 a 4 med.		5 ou mais		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Renda	Não trabalha	7	7,1%	3	5,8%	10	6,7%	0,748
	Trabalha e Aposentado	91	92,9%	49	94,2%	140	93,3%	
Ocupação	Não trabalha e Aposentado	51	52,0%	32	61,5%	83	55,3%	0,265
	Trabalha	47	48,0%	20	38,5%	67	44,7%	
IMC	<18	1	1,0%	0	0,0%	1	0,7%	0,218
	>18 e < 24	24	24,5%	14	26,9%	38	25,3%	
	≥25 e <30	43	43,9%	17	32,7%	60	40,0%	
	≥30	30	30,7%	38	40,3%	51	34%	
Tipo de Paresia	Mono	32	32,7%	19	36,5%	51	34,0%	0,859
	Di	40	40,8%	20	38,5%	60	40,0%	
	Tri	9	9,2%	3	5,8%	12	8,0%	
	Quadri	17	17,3%	10	19,2%	27	18,0%	
Cigarro	Nunca consumiu	56	57,1%	33	63,5%	89	59,3%	0,739
	Consome	10	10,2%	5	9,6%	15	10,0%	
	Já consumiu	32	32,7%	14	26,9%	46	30,7%	
Álcool	Nunca consumiu	25	25,5%	13	25,0%	38	25,3%	0,293
	Consome	15	15,3%	4	7,7%	19	12,7%	
	Raramente (Final de semana)	30	30,6%	23	44,2%	53	35,3%	

continua

continuação

Variáveis		Automedicação						P-valor
		0 a 4 med.		5 ou mais		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Já consumiu		28	28,6%	12	23,1%	40	26,7%	
Café	Nunca consumiu	2	2,0%	2	3,8%	4	2,7%	0,503
	Consome	94	95,9%	48	92,3%	142	94,7%	
	Raramente	1	1,0%	0	0,0%	1	0,7%	
	Já consumiu	1	1,0%	2	3,8%	3	2,0%	
Problemas de Saúde concomitantes a SPP	Sim	93	94,9%	50	96,2%	143	95,3%	0,729
	Não	5	5,1%	2	3,8%	7	4,7%	
Quantidade de problemas de saúde concomitantes a SPP	0 a 4	56	57,1%	31	59,6%	87	58,0%	0,770
	5 ou mais	42	42,9%	21	40,4%	63	42,0%	
Medicamento não utilizado ou suspenso o uso sem autorização médica	Sim	48	49,0%	30	57,7%	78	52,0%	0,309
	Não	50	51,0%	22	42,3%	72	48,0%	
Prescrição sem horários e orientações	Sim	69	70,4%	37	71,2%	106	70,7%	0,924
	Não	29	29,6%	15	28,8%	44	29,3%	
Utiliza medicamentos prescritos conforme a prescrição	Sim	52	53,1%	25	48,1%	77	51,3%	0,561

continua

conclusão

Variáveis		Automedicação						P-valor
		0 a 4 med.		5 ou mais		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Não	46	46,9%	27	51,9%	73	48,7%	
Sintoma da SPP – Distúrbio do Sono	Sim	69	70,4%	43	82,7%	112	74,7%	0,100
	Não	29	29,6%	9	17,3%	38	25,3%	
Sintoma da SPP – Intolerância ao Frio	Sim	83	84,7%	42	80,8%	125	83,3%	0,539
	Não	15	15,3%	10	19,2%	25	16,7%	
Sintoma da SPP - Dor Articular	Sim	86	87,8%	49	94,2%	135	90,0%	0,208
	Não	12	12,2%	3	5,8%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Dor Muscular	Sim	86	87,8%	49	94,2%	135	90,0%	0,208
	Não	12	12,2%	3	5,8%	15	10,0%	
Sintoma da SPP - Fadiga	Sim	83	84,7%	46	88,5%	129	86,0%	0,527
	Não	15	15,3%	6	11,5%	21	14,0%	

Fonte: Produção da própria autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio para elaborar essa discussão deste trabalho foi a escassez de material específico sobre utilização de medicamentos na população com SPP, limitando a comparação com outras realidades de pacientes com SPP e de outras localidades, bem como o viés de memória inerente ao levantamento de dados com os pacientes, já que alguns dados foram autorreferidos. Entretanto, é relevante considerar que os dados apresentados, contribuem para caracterizar a utilização de medicamentos entre os pacientes com SPP do Ambulatório de Investigação de Doenças Neuromusculares da UNIFESP/EPM, constituindo um quadro bem abrangente da realidade terapêutica medicamentosa da população estudada.

Essa realidade encontrada aponta para um uso expressivo de medicamentos, tanto para sintomatologia da SPP quanto para outros problemas de saúde concomitantes a SPP, destacando nos resultados, a presença da polifarmácia e poli problema de saúde, não adesão da terapêutica medicamentosa e a prática da automedicação, podendo produzir PRMs, de forma a gerar agravos e riscos à saúde dos pacientes com SPP. Vale considerar ainda que os resultados aqui encontrados podem refletir, ou até generalizar, a realidade de pacientes com SPP no Brasil, e podem também refletir em pacientes com SPP de outros países, já que alguns dados obtidos sobre o perfil sociodemográfico, econômico e clínico foram semelhantes com outros estudos apresentados nesta pesquisa.

Frente a descrição dos dados obtidos da farmacoterapia utilizada, é necessário considerar intervenções com foco no paciente em relação ao medicamento, por meio de estratégias de saúde, que possam proporcionar uma farmacoterapia necessária, efetiva, segura e racional para esses pacientes. E, no que tange as terapias medicamentosas, uma iniciativa de amplo reconhecimento é o Cuidado Farmacêutico, o qual permite ao profissional farmacêutico influenciar positivamente as condutas e as percepções dos pacientes em relação a sua saúde, orientando e acompanhando, de forma a fortalecer a relação direta com o paciente, já que o farmacêutico tem a responsabilidade primária de gerenciar a utilização, visando uma farmacoterapia racional e educativa em saúde, a fim de obter resultados positivos para a melhoria do paciente.

O Cuidado Farmacêutico constitui-se de ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no paciente, de modo a proporcionar a promoção,

prevenção e a recuperação da saúde, sem cercear o que cada profissional tem de particular e que consista naquilo que se pode chamar de “Arte da Terapêutica”. Em vista disso, o Cuidado Farmacêutico poderia contribuir para uma maior resolutividade no Ambulatório de SPP, sendo mais um membro importante dentro da execução do Plano de Assistência Terapêutica ao paciente junto a equipe de saúde, fornecendo informações focadas no paciente em relação ao seu tratamento de forma a compreender a necessidade dos pacientes com mais assertividade, com uma visão clínica, humanista e de responsabilização.

7 CONCLUSÃO

- As características sociodemográficas e econômicas prevalentes nos pacientes com SPP entrevistados foram: gênero feminino (74%), casados (68,7), brancos (74%), com 13 anos ou mais de estudos (42,6%) e que possuam renda, seja por aposentadoria, vínculo empregatício ou pró-labore (93,3%). Com faixa etária entre 38 e 78 anos (média de 53 anos), a média de idade que adquiriram Poliomielite foi de 1,8 anos (21 meses), e as primeiras manifestações clínicas da SPP foram, em média, aos 46,5 anos de idade, e 44,7 anos foi a média do intervalo entre a Poliomielite aguda e a SPP.
- As características clínicas mais prevalentes são: fadiga (86%), dor articular (90%), dor muscular (90%), intolerância ao frio (83,3%), distúrbio do sono (74,7%). Todos os pacientes possuíam a nova fraqueza, pois ela é a manifestação clínica característica de paciente com SPP. São pacientes diparéticos, (40%), com predomínio dos membros inferiores, e 15,3% utilizam suporte ventilatório. A média do IMC dos pacientes foi de 27,85Kg/m², com 30% alérgicos a algum medicamento e 26,6% passaram por algum problema pós-operatório por conta de anestesia utilizada.
- Nos hábitos relacionados a saúde constatou-se que: 76% não tinham dieta restritiva, 10% utilizavam cigarro, 95,3% consumiam café, 12,7% consumiam bebida alcoólica, e 35,3% consumiam bebida alcoólica duas vezes por semana - aos finais de semana.
- Os Problemas de Saúde concomitantes a SPP se apresentaram em 96% dos pacientes entrevistados, com média de quatro problemas de saúde por paciente, 42% deles possuíam cinco ou mais problemas de saúde, e 58% possuíam até quatro problemas de saúde. Os problemas de saúde mais prevalentes foram: 45,3% para Hipertensão Arterial, Artrose em 39,4%, Dislipidemia com 38,6%, Transtornos Psicológicos em 34,6%, Dispepsia/ Gastrite com 36%, Problemas Respiratórios em 28,6%, Hipotireoidismo com 17,3%; Enxaqueca em 16%, Osteoporose para 15,3% e

Diabetes Mellitus com 14,6%.

- Em relação ao perfil farmacoterapêutico dos pacientes com SPP entrevistados foi possível constatar que utilizaram até 14 medicamentos prescritos, com média de cinco medicamentos por paciente, portanto a polifarmácia está presente em 52% dos pacientes. E, de acordo com a classificação ATC – Primeiro Nível, a maior prevalência foi de medicamentos que atuam no sistema nervoso – grupo N (72,6%) e no Segundo Nível – classificação ATC, a classe mais utilizada foi a N06 – Antidepressivos e Psicoestimulantes (52,3%).
- Ao delinear a terapia medicamentosa constatou-se que 85% dos pacientes utilizaram medicamentos para a sintomatologia da SPP, sendo que 47,3% utilizaram para o sintoma da dor e os fármacos mais utilizados foram: L-carnitina, Amitriptilina, Fluoxetina, Gabapentina e Zolpidem. Também se averiguou que 85% dos pesquisados utilizavam medicamentos para problemas de saúde concomitantes com a SPP, sendo que 43,3% utilizavam para Hipertensão Arterial; onde os fármacos mais utilizados foram: Losartana, Omeprazol, Metformina, Hidroclorotiazida e Sinvastatina.
- De acordo com a farmacoterapia prescrita utilizou-se também que 68% dos pacientes utilizavam medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, entre eles destacou-se o Omeprazol, Fluoxetina, amitriptilina, clonazepam, nortriptilina.
- Sobre a prescrição médica, notou-se que 48,6% não cumpriram a prescrição médica, 14% tiveram reação adversa a algum medicamento prescrito e 70,6% dos pacientes não tiveram orientação sobre a prescrição.
- De acordo com a adesão terapêutica, pôde-se constatar que 76,6% dos pacientes não são aderentes ao tratamento prescrito, sendo que 50% deles apresentam comportamento de não adesão não-intencional.
- A respeito da não utilização ou suspensão de algum medicamento prescrito

sem autorização médica, 52% dos pacientes relataram suspender ou não utilizar algum medicamento prescrito nos últimos 30 dias antecedentes a pesquisa, e destes, 52,5% suspenderam ou não utilizaram por reação adversa ao medicamento, e de acordo com a classificação ATC, a maior prevalência de suspensão e/ou não utilização de medicamentos foram os que atuam no Aparelho Digestivo e Metabólico – grupo A (47,4%), com destaque para o subgrupo A-16 (Segundo Nível ATC) – outros produtos para Vias Digestivas e Metabolismo (33,3%), e os fármacos mais prevalentes foram: L-carnitina, Gabapentina, Trazodona e Sinvastatina.

- A automedicação (uso de medicamentos sem prescrição médica) esteve presente em 95% dos pacientes com SPP desta pesquisa, destes 95,7% relataram problemas gastrointestinais como um dos fatores que motivam a automedicação entre os mesmos. E de acordo com a classificação ATC – Primeiro Nível, 74,6% utilizaram medicamentos para o Sistema Nervoso (Grupo N), com maior prevalência para o subgrupo N02 (Segundo Nível ATC) – Analgésicos (74,6%); e os medicamentos mais utilizados foram: Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno e a associação dos fármacos Dipirona/Orfenadrina/Cafeína. Apresentando maior frequência para o sexo feminino, frequência de uso de 62,6% como “às vezes”, 78,1% utilizavam somente no momento da “dor (sintoma)” e com a dor muscular e/ou articular sendo o propósito de maior uso desses medicamentos.
- As variáveis que tiveram maior correlação com o uso de cinco ou mais medicamentos foram: gênero feminino, possuir e a quantidade de problemas de saúde concomitantes a SPP e não ser fumante; já as variáveis que tiveram correlação com 5 ou mais problemas de saúde foram: gênero feminino, não utilizar pelo menos um de seus medicamentos conforme prescrição médica e o sintoma da SPP “Intolerância ao frio”; e a variável que teve correlação com a não adesão terapêutica foi a característica clínica “Distúrbio do Sono”. Contudo, não se apresentou evidências de correlação entre a prática da automedicação com nenhuma variável; porém, encontrou-se uma correlação do uso de cinco ou mais medicamentos sem prescrição médica com a idade que os pacientes foram acometidos pela Pólio: ≥ 1 a < 2 anos.

Conclui-se que através dos dados obtidos foi possível descrever um perfil farmacoterapêutico abrangente dos pacientes com SPP, atendidos no Ambulatório de Investigação de Doenças Neuromusculares da UNIFESP/EPM, o que pode levar a determinar e implementar estratégias de ações em saúde direcionadas para o público com SPP. Baseando-se nos resultados obtidos nesta pesquisa, como a presença de poli problema de saúde e polifarmácia, a prática de automedicação, alto índice de não adesão ao tratamento medicamentoso, e o uso de medicamentos que podem exacerbar os sintomas da SPP e prejudicar o acompanhamento de outros problemas de saúde, o presente estudo, gerou a seguinte hipótese: a intervenção farmacêutica pode promover melhor qualidade de vida e refletir melhora e/ou controle do quadro clínico para os pacientes com SPP por meio do acompanhamento farmacoterapêutico/cuidado farmacêutico .

Contudo, é necessário avaliar, por meio de um estudo analítico, esta hipótese gerada, a intervenção do Cuidado Farmacêutico na população de SPP, de forma a apontar os PRMs na farmacoterapia utilizada e realizar ações de resoluções concretas, a fim de pôr em prova a produção de benefícios ou não ao paciente, podendo ser verificada a partir da evolução clínica do mesmo em vista deste Cuidado Farmacêutico.

Este estudo se propôs a conhecer o perfil farmacoterapêutico dos pacientes com SPP como uma ação primeira do farmacêutico a esse universo, de forma que possa apoiar a adoção de medidas necessárias, efetivas, racionais e seguras, contribuindo para promoção de maior qualidade de vida para esses pacientes, já que a realidade farmacoterapêutica interfere nos resultados de saúde deles podendo diminuir ou agravar seu status funcional.

REFERÊNCIAS¹

AGRE, J. C.; RODRIQUEZ, A. A.; SPERLING, K. B. Symptoms and clinical impressions of patients seen in a post-polio clinic. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 70, p. 367-370, 1989.

AGRE, J. C.; RODRIGUEZ, A. A. Neuromuscular function: comparison of symptomatic and asymptomatic polio subjects to control subjects. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 71, p. 545-551, 1990.

AGRE, J. C.; RODRIQUEZ, A. A.; SPERLING, K. B. Plasma lipid and lipid concentrations in symptomatic post-polio patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 71, p. 393-394, 1990.

AGRE, J. C. et al. A comparison of symptoms between Swedish and American post-polio individuals and assessment of lower limb strength – a four-year cohort study. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 27, p.183-192, 1995.

AHLSTROM, G; KARLSSON, U. Disability and quality of life in individuals with post-polio syndrome. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 22, n. 9, p. 416-422, 2000.

ALMEIDA, N. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143–153, 2017.

AMADEI, J. L.; MARCON, S. S.; BERTOLINI, D. A. Adesão ao tratamento medicamentoso em doenças não transmissíveis. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 407–416, 2011.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, 2015.

ARAÚJO, A. L. et al. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 2, p. 1178–1201, 2015.

ARRAIS, P. S. et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 1–11, 2016.

ARRUDA, D. C. et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 327–337, 2015.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ATWAL, A. et al. Living with polio and post-polio syndrome in the United Kingdom. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 27, n. 2, p. 238-245, 2013.

BALDONI, A. O. et al. Elderly and drugs: risks and necessity of rational use. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 46, n. 4, 2010.

_____. Pharmacoepidemiological profile and polypharmacy indicators in elderly outpatients. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 3, 2013.

_____. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Zuidlaren, v. 36, n. 2, p. 316–324, 2014.

BAMFORD, D. R. et al. Post-polio Syndrome response to deprenyl (selegiline). **International Journal of Neuroscience**, Abingdon, v. 71, p. 183-188, 1993.

BANG, H. et al. Post-polio syndrome and risk factors in korean polio survivors: a baseline survey by telephone interview. **Annals of Rehabilitation Medicine**, Seoul, v. 38, n. 5, p. 637-647, 2014.

BARROS E SÁ, M.; BARROS, J. A.; OLIVEIRA SÁ, M. P. Self-medication in the elderly of the city of Salgueiro, State of Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75–85, 2007.

BARROSO, R. et al. Automedicação em idosos de estratégias de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. supl 2, p. 890–897, 2017.

BARTELS, M. N.; OMURA, A. Aging in polio. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics**, v. 16, n. 1, p. 197-218, 2005.

BENTO, C. C. P. **Carga anticolinérgica versus outcomes clínicos: estudo observacional em idosos institucionalizados**. 2016. 109f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Aplicada) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

BERTOLASI, L. et al. Risk factors for post-polio syndrome among an Italian population: a case-control study. **Italian Journal of Neurological Sciences**, Milano, v. 33, n. 6, p. 1271-1275, 2012.

BERTOLASI, L. et al. Polio Patients in Northern Italy, a 50 Year Follow-up. **The Open Neurology Journal**, Hilversum, v. 10, p. 77-82, 2016.

BICKERSTAFFE, A.; BEELEN, A.; NOLLET, F. Circumstances and consequences of falls in polio survivors. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 42, n. 10, p. 908–915, 2010

BIENIEK, L. L. et al. Breathing Problems of Polio Survivors. **Polio Network News**, St. Louis, v. 17, n. 2, 2001.

BODIAN, D. Poliomyelitis. In: MINEKLER, J. (Ed.). **Pathology of the nervous system**. New York: McGraw-Hill, 1972, p. 2323-2394.

BOSCH, X. Post-polio syndrome recognized by European Parliament. **The Lancet Neurology**, London, v. 3, n. 1, p. 4, 2004.

BOYNTON, P. M. Administering, analysing, and reporting your questionnaire. **British Medical Journal**, London, v. 328, n. 7452, p. 1372-1375, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** n. 12, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59 a 62.

BROGÅRDH, C.; LEXELL, J. Falls, Fear of Falling, Self-Reported Impairments and Walking Limitations in Persons With Late Effects of Polio. **Journal of Injury, Function and Rehabilitation**, New York, v. 6, n. 10, p. 900–907, 2014.

BRUNO, R. L.; FRICK, N. M. The psychology of polio as prelude to post-polio sequelae: behavior modification and psychotherapy. **Orthopedics**, Thorofare, v. 14, n. 11, p. 185-193, 1991.

BRUNO, R. L. et al. Bromocriptine in the treatment of post-polio fatigue: a pilot study with implications for the pathophysiology of fatigue. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Cary, v. 75, p. 340-347, 1996.

CAIADO, J. Hipersensibilidade a fármacos - Tratar, documentar e dessensibilizar. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 111-114, 2016.

CAMPBELL, M. L. The Changing Dynamics of Aging with Polio. **Post-Polio Health**, Saint Louis, v. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.post-polio.org/edu/pphnews/pph15-2a.html>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

CARVALHO, M. F. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012.

CASTILHO, E. C. et al. Potential drug-drug interactions and polypharmacy in institutionalized elderly patients in a public hospital in Brazil. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 3–13, 2018.

CAZARIM, M. S.; UETA, J. Café: uma bebida rica em substâncias com efeitos clínicos importantes, em especial a cafeína. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 363-370, 2014.

CHEN, J. et al. Recent safety concerns with proton pump inhibitors. **Journal of Clinical Gastroenterology**, New York, v. 46 n. 2, p. 93-114, 2012.

CHIMELLO, T.; VIANNA, L. F. Índice de uso de Medicamentos sem prescrição médica no município de São Domingos/Sc. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 22, n. 1/4, p. 28–31, 2010.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madri: McGraw-Hill Interamericana; 1999.

_____. Um novo exercício profissional. In: _____. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006. p. 396.

CONDE, M. T. **Síndrome Pós-poliomielite: aspectos epidemiológicos e prognósticos**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sindrome_pospoliomielite_epidemiologicos_prognosticos.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

CONDE, M. T. et al. Post-polio syndrome: epidemiologic and prognostic aspects in Brazil. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 120, p. 191-197, 2009.

CORRER, C. J. et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma Instituição Geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2007.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 2, n. 3, 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica**, 2011. Open access. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacologica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmacologica.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

COSTA, E. M. M. B. Encontro Farmacoterapêutico. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v. 4, p. 27-31, 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/viewFile/2118/2065>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

CUNHA, F. C. et al. Disfunção Muscular Pós-poliomielite: Avaliação de 32 Pacientes. **O Dendrito**, v. 9, n. 3, p. 57-58, 2003.

DA SILVA, C. P.; ZUCKERMAN, B.; OLKIN, R. Relationship of depression and medications on incidence of falls among people with late effects of polio. **Physiotherapy Theory and Practice**, London, v. 33, n. 5, p. 370–375, 2017.

DA SILVA, E. R.; BANDEIRA, V. A.; DE OLIVEIRA, K. R. Avaliação das prescrições dispensadas em uma farmácia comunitária no município de São Luiz Gonzaga/RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 33, n. 2, p. 275–281, 2012.

DALAKAS, M. C. et al. A long-term follow-up study of patients with post-poliomyelitis neuromuscular symptoms. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 314-315, p. 959-963, 1986.

DALAKAS, M. C.; ILLA, I. Post-polio syndrome: concepts in clinical diagnosis, pathogenesis and etiology. **Advances in Neurology**, Hagerstown, v. 56, p. 495-511, 1991.

DALAKAS, M. C. New neuromuscular symptoms after polio (the post-polio syndrome): clinical studies and pathogenic mechanisms. In: HALSTEAD, L.S.; WIECHHERS, D. O. (Ed.). **Research and Clinical Aspects of the Late Effects of Poliomyelitis**. Annals of the New York Academy of Sciences, White Plains: John Wiley & Sons, v. 753, n. 60, 1995a.

_____. The Post-Polio syndrome As an Evolved Clinical Entity. In: DALAKAS, M. C.; BARTFELD, H.; KURLAND, L. T. **The post-polio syndrome: Advances in the pathogenesis and treatment**. Annals of the New York Academy of Sciences, White Plains: John Wiley & Sons, v. 753, n. 11-18, 1995b.

_____. Why drugs fail in post-polio syndrome: lessons from another clinical trial. **Neurology**, Minneapolis, v. 53, n. 6, p. 1166-1167, 1999.

DINSMORE, S. et al. A double-blind, placebo-controlled trial of high-dose prednisone for the treatment of post-poliomyelitis syndrome. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 753, p. 303-313, 1995.

DAUBE, J. R.; SORENSON, E. J.; WINDEBANK, A. J. Prospective 15-year study of neuromuscular function in a cohort of patients with prior poliomyelitis. **Supplements to Clinical Neurophysiology**, Amsterdam, v. 60, n. 197-201, 2009.

DAVIDSON, A. C. et al. Prolonged benefit in post-polio syndrome from comprehensive rehabilitation: a pilot study. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 4, p. 309-317, 2009.

DEAN, E. Clinical decision making in the management of the late sequelae of poliomyelitis. **Journal of the American Physical Therapy Association**, Alexandria, v. 71, n. 10, p. 752-761, 1991.

DEWULF, N. L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42 n. 4, p. 575-584, 2006.

DOMINGUES, P. H. et al. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: A systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015.

- DORON, G.; BIRKAN, I.; GULISTAN, B. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. **Therapeutic advances in drug safety**, London, v. 6, n. 6, p. 212-233, 2015.
- ENSINA, L. F. et al. Reações de hipersensibilidade a medicamentos. **Revista Brasileira Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 42-47, 2009.
- FARBU, E.; REKAND, T.; GILHUS, N. E. Post-polio syndrome and total health status in a prospective hospital study. **European Journal of Neurology**, Oxford, v. 10, p. 407-413, 2003.
- FARBU, E. et al. EFNS guideline on diagnosis and management of post-polio syndrome: report of an task force. **European Journal of Neurology**, Oxford, v. 13, p. 795-801, 2006.
- FERNANDES, W. S.; CEMBRANELLI, J. C. Self Medication and Irrational Use of Medications : Professional Pharmacist To Combat This Practice. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 21, n. 37, p. 5–12, 2014.
- FERREIRA, D. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 30, p. 268–270, 2014.
- FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de Epidemiologia**. Barueri: Manole, 2011.
- FRASER, K.; PEREZ, R.; LATOUR, C. **Case Management Adherence Guidelines: Guidelines from the Case Management Society of America for improving Patient Adherence to Medication Therapies**. A Manual for case Managers by Case Managers. CMSA'S – Integrated Case Management. Case Management Society of America. Little Rock: Springer Publishing Company, 2006. 212 p.
- FREUDEMBERG, D. L. et al. Post poliomyelitis syndrome assessment of behavioral features. **Neuropsychiatry Neuropsychology and Behavioral Neurology**, London, v. 2, n. 4, p. 272-281, 1989.
- GARIP, Y. et al. Health related quality of life in Turkish polio survivors: impact of post-polio on the health related quality of life in terms of functional status, severity of pain, fatigue, and social, and emotional functioning. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, n.1, 2017.
- GAWNE, A. C.; HALSTEAD, L. S. Post-Polio Syndrome: Pathophysiology and Clinical Management. **Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine**, Danbury, v. 7, n. 2, p. 147-188, 1995.
- GAWNE, A. C.; WELLS, K. R.; WILSON, K. S. Cardiac risk factors in polio survivors. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 84, n. 5, p. 694-696, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013.

GONZALEZ, H. et al. Intravenous immunoglobulin for post-polio syndrome: a randomized controlled trial. **The Lancet Neurology**, London, v. 5, p. 493-500, 2006.

GORZONI, M. L.; FABRI, R. M. A. Applicability of Anticholinergic Risk Scale in hospitalized elderly persons. Thematic Section - Drug Use and Associated Risks Among the Elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, 2017.

GRIMBY, G. et al. An 8-year longitudinal study of muscle strength, muscle fiber size, and dynamic electromyogram in individuals with late polio. **Muscle and Nerve**, New York, v. 21, n. 11, p. 1428-1437, 1998.

GUPTA, K. L. et al. Human growth hormone effect on serum IGF-1 and muscle function in poliomyelitis survivors. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Reston, v. 75, p. 889-894, 1994.

HADDAD, N. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde**. São Paulo: Roca, 2004.

HALSTEAD, L. S.; ROSSI, C. D. New problems in old polio patients: results of a survey of 539 polio survivors. **Orthopedics**, Thorofare, v. 8, p.845-850, 1985.

_____. Post-polio syndrome: clinical experience with 132 consecutive outpatients. **Birth defects original article series**, New York, v. 23, n. 4, p. 13-26, 1987.

HALSTEAD, L. S., Late complications of poliomyelitis. In: GOODGOLD, J. (Ed.). **Rehabilitation Medicine**, Washington, p. 328-340, 1988.

_____. Assessment and Differential Diagnosis for Post-Polio Syndrome. **Orthopedics**, Thorofare, v. 14, n. 11, p. 1209-1217, 1991.

HALSTEAD, L. S.; GAWNE, A. C. NRH proposal for limb classification and exercise prescription. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 18, n. 6, p. 311-316, 1996.

HAN, S. J.; LIM, J. Y; SUH, J. H. Obesity and Pulmonary Function in Polio Survivors. **Annals of Rehabilitation Medicine**, Seoul, v. 39, n. 6, p. 888-896, 2015.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, p. 533-543, 1990.

HIRSH, A. T. et al. Psychosocial factors and adjustment to pain in individuals with post-polio syndrome. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, Baltimore, v. 89, n. 3, p. 213-224, 2010.

HOLLAND, H. L-Carnitine Treatment of Post-Polio Syndrome fatigue. **Central Virginia Post-Polio Support Group**, Chester, Nov.1998. Open access. Disponível em: <<http://www.skally.net/ppsc/l-car.html>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

HOREMANS, H. L. D. et al. Pyridostigmine in postpolio syndrome: no decline in fatigue and limited functional improvement. **Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry**, London, v. 74, p. 1655-1661, 2003.

HORSTMANN, D. M. Epidemiology of poliomyelitis and allied diseases. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, v. 36, p. 5-26, 1963.

HOSSEINI, S. R. et al. Polypharmacy among the elderly. **Journal of Mid-life Health**, Mumbai, v. 9, n. 2, p. 97–103, 2018.

HULL, H. F. et al. Progress toward global polio eradication. **The Journal of Infectious Diseases**, Cambridge, v. 175, p. 4-9, 1997. Supplement 1.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados da Educação. Censo Demográfico 2014. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao.html>>. Acesso em: 04 ago 2017.

JENSEN, M. P. et al. Pain and fatigue in persons with post-polio syndrome: independent effects on functioning. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 92, n. 11, p. 1796-1801, 2011.

JEREZ-ROIG, J. et al. Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic Review. **Drugs & Aging**, Auckland, v. 31, n. 12, p. 883–896, 2014.

JUBELT, B; CASHMAN, N. R. Neurological manifestations of the post-polio syndrome. **Critical Reviews in Neurobiology**, Danbury, v. 3, n. 3, p. 199-220, 1987.

JUBELT, B; DRUCKER, J. **Poliomyelitis and the Post Polio Syndrome**. Reprinted from Motor Disorders – chapter 34. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

KALPAKJIAN, C. Z. et al. Development and factor analysis of an index of post-polio sequelae. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 27, n. 20, p. 1225-1233, 2005.

KANG, J. H.; LIN, H. C. Comorbidity profile of poliomyelitis survivors in a Chinese population: a population-based study. **Journal of Neurology**, Berlim, v. 258, n. 6, p. 1026-1033, 2011.

KAPONIDES, G. et al. Effect of intravenous immunoglobulin in patients with Post-polio syndrome – an uncontrolled pilot study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 38, p.138-140, 2006.

KAY, L. Medication for comorbidities; effects in Post-polio Syndrome? **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 46, p. 568-608, 2014. Programs and abstract 2nd. European Polio Conference: 'Post-Polio Syndrome Conference. A condition without boundaries': Amsterdam, The Netherlands June 25–27, 2014.

KEMP, B. J.; ADAMS, B. M.; CAMPBELL, M. L. Depression and life satisfaction in aging polio survivors versus age-matched controls: relation to post-polio syndrome, family functioning, and attitude toward disability. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 78, n. 2, p. 187-192, 1997.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2B, p. 416–425, 2003.

LAFFONT, I. et al. Aging and sequelae of poliomyelitis. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, Amsterdam, v. 53, n. 1, p. 24-33, 2010.

LAMBERT, D. A.; GIANNOULIN, E.; SCHMIDT, B. J. Post-polio syndrome and anesthesia. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 103, p. 638-644, 2005.

LATHAM, J. et al. **Post Polio Syndrome Management and Treatment in Primary Care**. Dublin: Westside Press, 2007.

LAURENTI, R. et al. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 71, n. 9A, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 772-785, 2003.

LIMA, M. G.; DUTRA, K. R.; MARTINS, U. C. Prescribing indicators in primary health care in Belo Horizonte, Brazil: associated factors. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Dordrecht, v. 39, n. 4, p. 913–918, 2017.

LIRA, C. A. et al. Lung function in post-poliomyelitis syndrome: a cross-sectional study. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 455-460, 2013.

LU, W. H. et al. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 187, n. 4, p. 130-137, 2015.

MACHADO-ALBA, J. E. et al. Anticholinergic Risk and Frequency of Anticholinergic Drug Prescriptions in a Population Older Than 65. **Journal of the American Medical Directors Association**, Chapel Hill, v. 17, n. 3, p. 275–279, 2016.

MANIATOGLOU, M. P. F. (Ed.). **Dicionário Moderno de Grego-Português/Português-Grego**. 1a ed. Porto: Porto Editora, 2013.

MARCHI, K. C. et al. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 855–862, 2013.

MARIN, L. F. et al. Restless legs syndrome is highly prevalent in patients with post-polio syndrome. **Sleep medicine**, Amsterdam, v. 37, p. 147-150, 2017.

MARIN, M. J. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545–1555, 2008.

MARIN, N. et al. (Org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003. 373 p.

MARQUES, E. I.; PETUCO, V. M.; GONÇALVES, C. B. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 267-279, 2010.

MARTINS, M. C. et al. Uso de medicamentos sem prescrição médica em Teresina/PI. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 31–37, 2011.

MARTYN, J. A. et al. Up-and-down regulation of skeletal muscle acetylcholine receptors. Effects on neuromuscular blockers. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 76, n. 5, p. 822-843, 1992.

MATTSON, M. P.; GLEICHMANN, M.; CHENG, A. Mitochondria in neuroplasticity and neurological disorders. **Neuron**, Cambridge, v. 60, n. 5, p. 748-766, 2008.

MAYNARD, F. M.; HEADLEY, J. S. (Ed.) **Manual Acerca dos Efeitos Tardios da Poliomielite para Médicos e Sobreviventes**. Associação Pós-pólio de Portugal. Évora: Eborensis, 2000.

MCGRATH K. et al. Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. **The Journal of family practice**, New York, v. 66, n. 7, p. 436-445, 2017.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. 493 p.

MELIN, E.; KAHAN, T.; BORG, K. Elevated blood lipids are uncommon in patients with post-polio syndrome--a cross sectional study. **BMC Neurology**, London, v. 15, n. 67, 2015.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235–244, 2017.

MESQUITA E SILVA, T. et al. Analysis of sleep characteristics in post-polio syndrome patients. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 535–540, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 301p.

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210p.

_____. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com síndrome Pós-poliomielite e comorbidades**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 79 p.
Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-38911>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. **IMC em adultos**. Avaliação do peso em adultos (20 a 59 anos). Publicado: 30 de maio de 2017. Disponível em: <portalms.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>. Acesso em: 06 jul. 2018.

MOHAMMAD, A. F. et al. High incidence of osteoporosis and fractures in an aging post-polio population. **European Neurology**, Basel, v. 62, n. 6, p. 369-374, 2009.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v. 24, p. 67-74, 1986.

MOTTA, M. P. **Efeito Terapêutico do uso da L-carnitina + Piracetam na fadiga e na força muscular de Pacientes com Síndrome Pós-poliomielite (SPP): Estudo Clínico Randomizado, Duplo-cego, controlado com Placebo**. 2017. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.

NAKHUTINA, L. et al. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, San Diego, v. 22, n. 3, p. 584–586, 2011.

NOLLET, F. et al. Pyridostigmine in postpolio syndrome: a randomized double-blinded trial. **Neurology**, Minneapolis, v. 58, supplement 2, p. 199-200, 2002.

NOLVI, M. et al. Sense of Coherence in persons with late effects of polio. **NeuroRehabilitation**, Amsterdam, v. 42, n. 1, p. 103-111, 2018.

OLIVEIRA, A. S. B; MAYNARD, F. M. Síndrome Pós-Poliomielite: Aspectos Neurológicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 31-34, 2002.

OLIVEIRA, A. S. B.; QUADROS, A. A. J. (Org.). **Síndrome Pós-Poliomielite (SPP) – Orientações para Profissionais de Saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

_____. **Síndrome Pós-Poliomielite (SPP) – Orientações para Profissionais de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, A. S. B. A Randomized, Double Blind, Placebo Controlled Trial L-carnitine and Piracetam in the Treatment of Weakness, Muscle Fatigue and Muscle Pain in the Postpoliomyelitis Syndrome. **Estudo Clínico...** Biolab Sanus Farmacêutica, São Paulo: 2012. Disponível em: <<https://clinicaltrials.gov/show/NCT01549847>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

OLIVEIRA, M. G. et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 168–181, 2016.

ORSINI, M. et al. Guia de Reabilitação Neurológica na Síndrome Pós-Poliomielite: Abordagem Interdisciplinar. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 204-213, 2010.

ORSINI, M. et al. Currents issues in cardiorespiratory care of patients with post-polio syndrome. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 7, p. 574-579, 2016.

PADUA, E. M. M. O trabalho monográfico como iniciação à pesquisa científica. In: CARVALHO, M. C. M. D. (Ed). **Metodologia Científica: Fundamentos e Técnicas**. 19. ed. São Paulo: Papyrus, p. 147-170, 2008.

PEPE, V. L.; CASTRO, C. G. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815–822, 2000.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 335–344, 2017.

PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2008.

PEREIRA, R. D. B. **Avaliação do gasto energético em indivíduos com Síndrome Pós-poliomielite (SPP): Através do questionário de atividade física habitual de Baecke**. 2009. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

PEREIRA, S. M.; CASTRO, E. A.; BROCHADO, V. M. Doenças Neuromusculares e Bloqueadores neuromusculares. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.26, n. 1, p. 52-59, 2016.

PERLMAN, S. Use of Medication in People with Post-Polio Syndrome. **International Polio Network**, Saint Louis, v. 15, n. 1, p. 1-3, 1999. Disponível em: <http://www.poliooplace.org/sites/default/files/files/Polio%20Network%20News%20Vol_%2015%20No_%201%20Winter%201999.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2015.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLIO AUSTRALIA INCORPORATED. The Late Effects of Polio: Introduction to Clinical Practice. **Polio Australia Incorporated**, Kew East Victoria, 2012. Open access. Disponível em: <<http://www.polioaustralia.org.au/wp-content/uploads/2010/09/The-Late-Effects-of-Polio-Introduction-Module-Online-Version.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

PORTELA, A. et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3523–3528, 2010.

QUADROS, A. A. J. **Síndrome pós-poliomielite (SPP): Uma Nova Doença Velha**. 2005. 233 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. **História Natural da Poliomielite Tardia e Síndrome Pós-poliomielite (SSP)**. 2010. 299 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

QUADROS, A. A. J. et al. Frequency and clinical manifestations of post-poliomyelitis syndrome in a brazilian tertiary care center. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 70, n. 8, 2012.

RAGONESE, P. et al. Prevalence and risk factors of post-polio syndrome in a cohort of polio survivors. **Journal of the Neurological Sciences**, Amsterdam, v. 236, n. 1-2, p. 31-35, 2005.

RAMLOW, J. et al. Epidemiology of the post-polio syndrome. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 136, n. 7, p. 769-786, 1992.

REKAND, T. et al. Risk of symptoms related to late effects of poliomyelitis. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 101, n. 3, p. 153-158, 2000.

REKAND, T. et al. Lifestyle and late effects after poliomyelitis: A risk factor study of two populations. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 109, n. 2, p. 120-125, 2004.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A.; SOUZA, R. K. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 2, p. 177–185, 2014.

REZENDE, D. P. et al. Pacientes com sequelas de poliomielite: a técnica anestésica impõe risco? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n.3, p. 210-219, 2008.

ROMERO, A.; JOSHI, G. P. Neuromuscular disease and anesthesia. **Muscle and Nerve**, New York, v. 48, n. 3, p. 451-460, 2013.

ROSA, G. R.; CAMARGO, E. A. F. Polimedicção em idosos. **Interciência e Sociedade**, Mogi Guaçu, v. 3, n. 2, p. 72–78, 2014.

ROVERS, J. P.; CURRIE, J. D. **Guia Prático da Atenção Farmacêutica: Manual de Habilidades Clínicas**. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

ROWLAND, L. P. et al. **March of Dimes International Conference on Post Polio-Syndrome identifying best practices in diagnosis & cure**. White Plains, NY: March of Dime, p. 9-11, 2000. Disponível em: <<http://www.post-polio.org/edu/modrep.s.html>>. Acesso em: 12 fev, 2018.

SANTELLLO, F. H. et al. Perfil da automedicação em idosos no Município de Barretos/São Paulo/Brasil. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 34–39, 2013.

SANTOS, T. R. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia/Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94–103, 2013.

SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei nº 660, de 14 de maio de 2014. Autoriza o Poder Executivo a criar o Centro de Referência de Diagnóstico e Tratamento de Pessoas com Síndrome Pós-Pólio e Doenças Neuromusculares, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, 16 mai. 2014. Seção 1, p. 11.

SCHWARTZ, I. et al. The association between post-polio symptoms as measured by the Index of Post-Polio Sequelae and self-reported functional status. **Journal of the Neurological Sciences**, Amsterdam, v. 345, n. 1-2, p. 87–91, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. São Paulo. **Poliomielite e Síndrome Pós-poliomielite**: Documento Técnico: Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, 2006a. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/ifnet_poliospp.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

_____. Síndrome Pós-Poliomielite. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 941-945, 2006b.

SEWITCH, M. J. et al. Patient nonadherence medication in inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, Bethesda, v. 98, n. 7, p. 1535-1544, 2003.

SHEPHERD, G; SIMSOLO, V; VERONESI, R. Enteroviroses: I – Poliomielite. In: VERONESI, R. et al. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 104-124, 1976.

SILVA E. A. et al. Avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Farmácia**, Uberlândia, v. 89, n. 4, p. 315-318, 2008.

SILVA, I. S. et al. The extent of using mobility assistive devices can partly explain fatigue among persons with late effects of polio – a retrospective registry study in Sweden. **BioMed Central Neurology**, London, v. 16, n. 230, 2016.

SILVA, T. M. et al. Analysis of sleep characteristics in post-polio syndrome patients. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 535-540, 2010.

SMITH, A. E.; MOLTON, I. R.; JENSEN, M. P. Self-reported incidence and age of onset of chronic comorbid medical conditions in adults aging with long-term physical disability. **Disability and Health Journal**, New York, v. 9, n. 3, p. 533-538, 2016.

SÖDERHOLM, S. et al. Dysphagia and dysphonia among persons with post-polio syndrome - a challenge in neurorehabilitation. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 122, n. 5, p. 343-349, 2010.

SOUSA, H. W.; SILVA, J. L.; NETO, M. S. A Importância do Profissional Farmacêutico no Combate à Automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiania, v. 5, n. 1, p. 67-72, 2008.

STALBERG, E.; GRIMBY, G. Dynamic electromyography and muscle biopsy changes in 4-years follow-up: study of patients with a history of polio. **Muscle and Nerve**, New York, v. 18, p. 699-707, 1995.

STEIN, D. P. et al. A double-blind, placebo-controlled trial of amantadine for the treatment of fatigue in patients with post-polio syndrome. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 753, p. 296-302, 1995.

STOELB, B. L. et al. Pain in Persons With Postpolio Syndrome: Frequency, Intensity, and Impact. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 89, n. 10, p. 1933-1940, 2008.

STOLWIJK-SWÜSTE, J. M. et al. Impact of age and co-morbidity on the functioning of patients with sequelae of poliomyelitis: a cross-sectional study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 39, n. 1, p. 56-62, 2007.

STORPIRTIS, S. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

STUIFBERGEN, A. K. et al., An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome. **Social science & medicine**, Oxford, v. 60, n. 2, p. 383-393, 2005.

TAVARES, C.; SAKATA, R. K. Cafeína para o Tratamento de Dor. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 387-401, 2012.

TAVARES, N. U. et al. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092–1101, 2013.

THORÉN-JÖNSSON, A. L.; WILLÉN, C.; SUNNERHAGEN, K. S. Changes in ability, perceived difficulty and use of assistive devices in everyday life: a 4-year follow-up study in people with late effects of polio. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 120, n. 5, p. 324-330, 2009.

TROJAN, D. A.; GENDRON, D.; CASHMAN, N. R. Anticholinesterase-responsive neuromuscular junction transmission defects in post-poliomyelitis fatigue. **Journal of the Neurological Sciences**, Amsterdam, v. 114, p. 170-177, 1993.

TROJAN, D. A. et al. A multicenter, randomized, double-blinded trial of pyridostigmine in postpolio syndrome. **Neurology**, Minneapolis, v. 53, p. 1225-1233, 1999.

TROJAN, D. A.; CASHMAN, N. R. Post-poliomyelitis syndrome. **Muscle & Nerve**, Malden, v. 31, n. 1, p. 6-19, 2005.

VASCONCELOS, O. M. et al. Modafinil for treatment of fatigue in post-polio syndrome: A randomized controlled trial. **Neurology**, Minneapolis, v. 68, p. 1680-1686, 2007.

VERNIZE, M. D.; SILVA, L. L. A Prática de Automedicação em adultos e idosos: uma revisão de literatura. **Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 10, n. 5, p. 54–72, 2016.

VIANA, C. F. **Avaliação Circadiana da fadiga na sequela de Poliomielite e na Síndrome Pós-poliomielite**. 2010. 161f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

VITOR, R. S. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. (sup), p. 737–743, 2008.

WERHAGEN, L; BORG, K. Effect of intravenous immunoglobulin on pain in patients with post-polio syndrome. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 43, p.1038-1040, 2011.

_____. Impact of pain on quality of life in patients with post-polio syndrome. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 45, n. 2, p. 161-163, 2013.

_____. Survey of young patients with polio and a foreign background at a Swedish post-polio outpatient clinic. **Neurological Sciences**, Milano, v. 37, n. 10, p. 1597-1601, 2016.

WHEELER, D. Anesthetic considerations for patients with post-polio syndrome: a case report. **Journal of the American Association of Nurse Anesthetists**, Chicago, v. 79, n. 5, p. 408-410, 2011.

WILHELM, S. M; RJATER, R. G; KALE-PRADHAN, P. B. Perils and pitfalls of long-term effects of proton pump inhibitors. **Expert Review Clinical Pharmacology**, London, v.6, n. 4, p 443-51, 2013.

WINBERG, C. et al. Physical activity in persons with late effects of polio: a descriptive study. **Disability and Health Journal**, New York, v. 7, n. 3, p. 302-308, 2014.

WINBERG, C. et al. Physical Activity and the Association With Self-Reported Impairments, Walking Limitations, Fear of Falling, and Incidence of Falls in Persons With Late Effects of Polio. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 23, n. 3, p. 425-432, 2015.

WITT, A. **Metodologia de pesquisa: questionário e formulário**. 2.ed. São Paulo: Resenha Tributária, 1973. 142p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

_____. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013**. 16th edition. Oslo, 2012. 284 p. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. Disponível em: <http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

YANAGIHARA, G. R. et al. Effects of long-term administration of omeprazole on bone mineral density and the mechanical properties of the bone. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 232-238, 2015.

YANG, E. J. et al. Factors Associated with Reduced Quality of Life in Polio Survivors in Korea. **Public Library of Science one**, San Francisco, v. 10, n. 6, 2015.

YELNIK, A. P. et al. Poliomyelitis sequels in France and the clinical and social needs of survivors: a retrospective study of 200 patients. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, Amsterdam, v. 56, n. 7-8, p. 542-550, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Folha 1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA UNIFESP/EPM - SETOR SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer e analisar o uso dos medicamentos pelos pacientes de Pós-poliomielite, tanto para a SPP como para outras doenças identificadas, descrevendo possíveis causas de mal-estar em relação aos medicamentos, verificando uma não aceitação ao tratamento com medicamentos e a possibilidade de fazer uso de medicamentos por conta própria.

Este estudo é justificado uma vez que os dados obtidos sobre o uso de medicamentos por você e pelos outros participantes que tem SPP nos levam a conhecer se estes medicamentos são necessários, seguros, efetivos e racionais, podendo ser parte integrante do Plano de Assistência ao Paciente da equipe da UNIFESP. Este trabalho não trará melhoras ou benefícios imediatos, mas contribuirá para adotar medidas corretivas, racionais, efetivas e seguras ao fornecer dados fundamentais para complementar ações de saúde mais bem direcionadas a você e a outros participantes que tem a SPP.

O estudo terá dados que serão coletados através de uma entrevista com o farmacêutico. Você responderá através da entrevista, um formulário contendo 42 perguntas, dividido em 3 partes, indicando os dados pessoais, clínicos, uso de medicamentos. Você também preencherá o questionário Morisky-Green ampliado que diz respeito sobre sua aceitação ao tratamento com medicamentos, em que será avaliada a utilização adequada ou não dos medicamentos.

Todas as informações obtidas a seu respeito serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada qualquer identificação, em momento algum. A você é permitido o direito de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem penalização, tendo como garantia que todos os dados obtidos a seu respeito, só serão utilizados neste estudo. Caso seja necessário, você terá assistência permanente durante o estudo, ou mesmo após o término ou interrupção do estudo. E se ocorrer qualquer problema ou danos a você comprovadamente decorrente dos procedimentos da pesquisa, lhe será garantido o direito a tratamento gratuito na Instituição e terá direito a indenização determinada por lei.

O estudo não terá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação. Da mesma forma, você não terá nenhuma despesa em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas, se forem necessários. Durante o período de sua participação, se existir qualquer custo adicional, será pago pelo orçamento da pesquisa.

A qualquer momento, se for do seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, inclusive os resultados gerais do estudo; e quando da finalização, você será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidos.

Em qualquer etapa do estudo é garantido a você, acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Farmacêutica Mônica de Souza Brito Conti, que pode ser encontrada no endereço Rua Pedro de Toledo, 377, bairro Vila Mariana, São Paulo/SP, telefones 5571-3324/5579-2668.

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, o contato deverá ocorrer com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

Folha 2/2

Esse termo foi elaborado em duas folhas que foram numeradas (1/2 e 2/2), e feito duas vias idênticas, sendo uma entregue a você, e a outra para o investigador principal. E no momento da leitura deverão ser devidamente assinadas e rubricadas por você e pelo investigador principal.

Declaração do Participante

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do conteúdo que li ou que foram lidos para mim, sobre o estudo do PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA UNIFESP/EPM - SETOR SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE.

Eu discuti com a Farmacêutica Mônica de Souza Brito Conti e/ou o Dr. Acary Souza Bulle Oliveira (chefe do Ambulatório de Doenças Neuromusculares) e/ou Dr. Abraão Augusto Juviano Quadros (chefe do Setor de SPP do Ambulatório de Doenças Neuromusculares) sobre minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Data ___/___/___

(Nome do participante da pesquisa/representante legal)

Assinatura

Declaração do responsável do projeto:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ___/___/___

(Mônica de Souza Brito Conti – CRF/SP: 34.119)

Assinatura

APÊNDICE B – Formulário de Coleta de dados

PARTE 1 – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Estado Civil: Casado/Amasiado Solteiro Divorciado/ Separado Viúvo
4. Raça/Cor: Branca Parda Preta/Negra Amarela/Indígena
5. Idade: _____
6. Estado e Cidade onde mora: _____
7. Escolaridade:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Alfabetizado sem cursos regulares |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | |
8. Renda: Aposentado/trabalha Não trabalha Profissão: _____
9. /ocupação: Aposentado/Não trabalha Trabalha

PARTE 2 – DADOS CLÍNICOS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS

9. Peso: _____ 10. Altura: _____
11. IMC: <18,5 Kg/m² ≥ 18,5 e < 25Kg/m²
 ≥ 25 e < 30Kg/m² ≥ 30Kg/m²
12. Tem alergia/restrrição de dieta? Sim Não
13. Se a resposta anterior for sim, qual? _____
14. Idade que adquiriu a Poliomielite? _____
15. Idade SPP? _____
16. Status atual da sequela:
- | | |
|--|---|
| Plegia <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Tri <input type="checkbox"/> Quadri | Paresia <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Tri <input type="checkbox"/> Quadri |
| <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD |
17. Qual(is) sintoma(s) da SPP, possui?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nova fraqueza | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Dor articular | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Dor muscular | <input type="checkbox"/> Intolerância ao frio |
| <input type="checkbox"/> Caibra | <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória |
| <input type="checkbox"/> Fadiga muscular | <input type="checkbox"/> Síndrome das Pernas Inquietas |
| <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Aumento de peso corporal |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio do sono | <input type="checkbox"/> Dificuldades de memória/concentração |
| <input type="checkbox"/> Sonolência Diurna | <input type="checkbox"/> Fasciculação |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (cefaleia) |
| <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Disfonia |

Constipação Incontinência urinária
 18. Usa Suporte Ventilatório? Sim Não

PARTE 3 – PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO

19. Possui alergia a algum tipo de medicamento? Sim Não

20. Se a resposta anterior for sim, qual? _____

21. Já fez cirurgia? Sim Não 22. Tomou anestesia? Sim Não

23. Teve complicações pela anestesia? Sim Não

24. Se a resposta anterior for sim, qual? _____

25. Além da SPP, qual(is) outr(s) problema(s) de saúde ou [Diagnóstico(s) de Doença(s)], possui?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Refluxo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo | <input type="checkbox"/> Dispepsia/Gastrite |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo | <input type="checkbox"/> Labirintite |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artrose |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Hemato _____ | <input type="checkbox"/> Rinite | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Pulmonar _____ | <input type="checkbox"/> Renal _____ |
| <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal |
| <input type="checkbox"/> Neurol/muscular _____ | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática | <input type="checkbox"/> ST. Carpo |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | <input type="checkbox"/> Hepática _____ | <input type="checkbox"/> Obesidade |

26. Qual(is) medicamento(s), vitamina(s), fitoterápico(s) ou homeopático(s) prescrito(s) utiliza?

Medicamento	Concentração	Horário/orientação Posologia	Sintoma (s) da SPP/Problema (s) de saúde	Forma como utiliza	Reação Adversa

27. Há algum medicamento prescrito que não utilizou ou suspendeu o uso nos últimos 30 dias?

? Sim Não

28. Porque não utilizou ou suspendeu o uso? Preço/custo Sentiu-se mal Outro

29. Qual outro motivo? _____

30. Qual é a medicação?

Medicamento	Concentração	Horário/orientação Posologia	Sintoma(s) da SPP/Problema (s) de saúde	Forma como utiliza	Reação Adversa

31. Faz uso de medicação sem prescrição médica? Sim Não

32. Se a resposta anterior for sim, em qual condição/fator motivador faz utilizar medicação sem prescrição?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Diarreia |
| <input type="checkbox"/> Calafrios e gripe | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Hemorroida |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Perda/ganho de peso | <input type="checkbox"/> Gases |
| <input type="checkbox"/> Congestão nasal | <input type="checkbox"/> Prurido/problemas de pele | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Rinite/alergias | <input type="checkbox"/> Micose | <input type="checkbox"/> Constipação |
| <input type="checkbox"/> Problemas nos olhos/ouvidos | <input type="checkbox"/> Reposição mineral/vitamina | <input type="checkbox"/> Azia/queimação |
| <input type="checkbox"/> Dor muscular/articular | <input type="checkbox"/> Problemas no fígado | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

33. Faz uso de fitoterápico(s) ou homeopático(s) sem prescrição médica? Sim Não

34. Qual (is) medicamento(s), vitamina(s), fitoterápico(s) ou homeopático(s) utiliza sem prescrição médica:

Medicamento	Concentração/ Forma farmacêutica	Forma como utiliza	Propósito	Frequência
				<input type="checkbox"/> Sempre
				<input type="checkbox"/> Às vezes
				<input type="checkbox"/> Sempre
				<input type="checkbox"/> Às vezes
				<input type="checkbox"/> Sempre
				<input type="checkbox"/> Às vezes
				<input type="checkbox"/> Sempre
				<input type="checkbox"/> Às vezes
				<input type="checkbox"/> Sempre
				<input type="checkbox"/> Às vezes

35. Consome bebida alcoólica? Nunca Consome Raramente/f. de semana Já consumiu

36. Consome cigarro? Nunca Consome Raramente Já consumiu

37. Consome café? Nunca Consome Raramente Já consumiu

Frequência: 1 vez/dia 2 a 3 vezes/dia + 3 vezes/dia Raramente

38. Utiliza drogas ilícitas? Sim, qual? _____ Não

APÊNDICE C – Relatos de alergias a medicamentos pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Completa da Tabela 5)

Dados Farmacoterapêuticos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Alergia a Medicamentos	36 (24,00)	9 (6,00)	45 (30,00)
Sulfonamidas	7 (4,67)	0 (0,00)	7 (4,67)
Penicilina Benzatina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Iodo – Contraste	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Diclofenaco de Sódio	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Dipirona Sódica	1 (0,67)	2 (1,33)	3 (2,00)
Cloridrato de Tramadol	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Ácido Acetilsalicílico	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)
Butilbrometo de Escopolamina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Nimesulida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Loratadina+Pseudoefedrina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Betametasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Haloperidol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Amoxicilina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Carisoprodol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ciprofloxacino	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hidróxido de Alumínio	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Prometazina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Meloxicam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Metoclopramida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE D – Complicações no pós-operatório pela anestesia entre os pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Completa da Tabela 6)

Complicações no pós-operatório de cirurgias	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Pacientes que relataram	34 (22,66)	6 (4,01)	40 (26,67)
Demora no despertar pós-cirurgia	8 (5,33)	0 (0,00)	8 (5,33)
Vômitos/Enjoos	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Insuficiência respiratória	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Demora anormal no retorno dos movimentos dos Membros inferiores	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Arritmia	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Dor de cabeça	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Parada cardiorrespiratória	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Queda da temperatura corporal	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Reação alérgica	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Convulsão	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Dor no torácica	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Fonte: Produção da própria autora.

**APÊNDICE E – Problemas de Saúde concomitantes a Síndrome Pós-polio
mielite dos pacientes incluídos no estudo, São Paulo/SP, 2016-2017,
(n=150), (Versão Completa da Tabela 8)**

Problemas de Saúde	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)
Hipertensão Arterial (HAS)	50 (33,33)	18 (12,00)	68 (45,33)
Artrose	52 (34,67)	7 (4,67)	59 (39,33)
Dislipidemia	43 (28,67)	15 (10,00)	58 (38,67)
Distúrbios Psicológicos	39 (26,00)	13 (8,67)	52 (34,67)
Dispepsia/Gastrite	44 (29,33)	10 (6,67)	54 (36,00)
Problemas respiratórios	36 (24,00)	7 (4,67)	43 (28,67)
Hipotireoidismo	26 (17,33)	0 (0,00)	26 (17,33)
Enxaqueca	16 (10,67)	8 (5,33)	24 (16,00)
Osteoporose	19 (12,67)	4 (2,67)	23 (15,33)
Diabetes Mellitus (DM)	15 (10,00)	7 (4,67)	22 (14,67)
Fibromialgia	15 (10,00)	4 (2,67)	19 (12,67)
Refluxo	12 (8,00)	4 (2,67)	16 (10,67)
Labirintite	13 (8,67)	2 (1,33)	15 (10,00)
Anemia	11 (7,33)	0 (0,00)	11 (7,33)
Arritmia	7 (4,67)	4 (2,67)	11 (7,33)
Osteopenia	11 (7,33)	0 (0,00)	11 (7,33)
Síndrome do Túnel do Carpo (STC)	8 (5,33)	1 (0,67)	9 (6,00)
Litíase	4 (2,67)	4 (2,67)	8 (5,33)
Esteatose hepática	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Tendinite	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)

continua

continuação

Problemas de Saúde	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)
Obesidade	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Glaucoma	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)
Nefrite	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Hiperplasia Prostática	0 (0,00)	4 (2,67)	4 (2,67)
Terapia de reposição Hormonal (TRH)	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Artrite reumatoide	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Prolapso da Válvula Mitral	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Bursite	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Hepatite C	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Hérnia de Hiato	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Varizes	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Retrocolite ulcerativa	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Hérnia de Disco	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Varizes	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Hipertireoidismo	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Angina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Tremor	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Acidente vascular cerebral	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Câncer	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Catarata	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Disfunção Erétil	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

continua

Problemas de Saúde	conclusão		
	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)
Epilepsia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tromboembolismo	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Micose	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Vitiligo	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Endometriose	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Doença de Piaget	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Reumatismo	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Espondilite anquilosante	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Escoliose	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter relatado mais de um problema de saúde. Fonte: Produção da própria autora.

Apêndice F – Características sobre comportamento em relação a utilização dos medicamentos prescritos pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Comportamento em relação a prescrição	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Não utilizam conforme o médico prescreveu	57 (38,00)	16 (10,67)	73 (48,67)
- Utilizam menos do que foi prescrito	40 (26,67)	12 (8,00)	52 (34,67)
- Utilizam a mais do que foi prescrito	6 (4,00)	4 (2,67)	10 (6,67)
- Utilizam quando necessário	7 (4,67)	0 (0,00)	7 (4,67)
- Utiliza em horários diferentes do que foi prescrito	14 (9,33)	2 (1,33)	16 (10,66)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE G – Medicamentos prescritos mais relatados de acordo com a orientação, conhecimento e a forma de utilização pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Medicamentos mais relatados que não tiveram nenhuma orientação/horário sobre a prescrição	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
L-carnitina	16 (10,67)	8 (5,33)	24 (16,00)
Fluoxetina	5 (5,33)	4 (2,67)	9 (6,00)
Gabapentina	5 (5,33)	2 (1,33)	7 (4,67)
Losartana	5 (5,33)	2 (1,33)	7 (4,67)
Omeprazol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Medicamentos que não tinham o conhecimento sobre sua finalidade			
Amitriptilina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Amantadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fluoxetina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cilostazol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Mesalazina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Gabapentina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Medicamentos mais relatados que não foram Utilizados conforme a prescrição			
Omeprazol	10 (6,67)	0 (0,00)	10 (6,67)
L-carnitina	4 (2,67)	3 (2,00)	7 (4,67)
Tramadol	5 (5,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Clonazepam	2 (1,33)	3 (2,00)	5 (5,33)
Fluoxetina	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

**APÊNDICE H – Relação dos medicamentos prescritos e seus efeitos adversos
relatados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo.
São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)**

Efeitos adversos com o uso dos medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sonolência	7 (4,67)	3 (2,00)	10 (6,67)
Fraqueza Muscular	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Xerostomia	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Problemas gastrointestinais	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Retenção de líquido	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Insônia	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Dermatite	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Taquicardia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tosse	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dor de cabeça	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dor Torácica	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ansiedade	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Sensação de calor	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Medicamentos relatados pelos pacientes que causaram efeitos adversos			
Amitriptilina	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
L-carnitina	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Nortriptilina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Diazepam	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Pregabalina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Ciclobenzaprina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

Efeitos adversos com o uso dos medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Atenolol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Atorvatatina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Buspirona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cetirizina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Salmeterol+Fluticasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Sertralina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Colecoxib	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Escitalopram	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Estradiol+Drospirenona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Formoterol+Budesonida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Gabapentina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Indacaterol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Lorazepam	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Losartana	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Metformina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Omega 3	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Omeprazol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Piracetam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tramadol+paracetamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Velaflaxina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Zopidem	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE I – Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (segundo nível: Subgrupo terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Completa da Tabela 11)

Subgrupo de Medicamentos Prescritos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A02 – Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	37 (24,66)	6 (4,00)	43 (28,67)
A03 – Agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos	7 (4,67)	1 (0,67)	8 (5,33)
A04 – Antieméticos e antinauseantes	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
A05 – Terapêutica biliar e hepática	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
A06 – Laxativos	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
A07 – Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios e antiinfeciosos intestinais	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
A08 – Preparados antiobesidade, excluindo produtos dietéticos	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
A10 – Medicamentos usados na diabetes	14 (9,33)	7 (4,67)	21 (14,00)
A11 – Vitaminas	26 (17,33)	6 (4,00)	32 (21,33)
A12 - Suplementos minerais	15 (10,00)	1 (0,67)	16 (10,67)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	39 (26,00)	15 (10,00)	54 (36,00)
B01 – Medicamentos antitrombóticos	6 (4,00)	4 (2,67)	10 (6,67)
B02 – Anti-hemorrágicos	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
B03 – Preparados antianêmicos	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
C01 – Terapêutica cardíaca	3 (2,00)	3 (2,00)	6 (4,00)
C02 – Anti-hipertensores	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
C03 – Diuréticos	18 (12,00)	4 (2,67)	22 (14,67)
C07 – Agentes betabloqueadores	19 (12,67)	5 (3,33)	24 (16,00)
C08 – Bloqueadores dos canais de cálcio	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
C09 – Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	40 (26,67)	11 (7,33)	51 (34,00)

continua

continuação

Subgrupo de Medicamentos Prescritos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
C10 – Hipolipemiantes	28 (18,67)	8 (5,33)	36 (24,00)
D 01 – Antifúngicos para uso dermatológico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
D03 – Preparados para tratamento de feridas e úlceras	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
D07 – Corticosteróides, preparados dermatológicos	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
G03 – Hormonas sexuais e moduladores do sistema genital	16 (10,67)	0 (0,00)	16 (10,67)
G04 – Medicamentos urológicos	2 (1,33)	2 (1,33)	4 (2,67)
H02 – Corticosteróides para uso sistémico	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
H03 – Terapêutica tiroidea	24 (16,00)	0 (0,00)	24 (16,00)
H05 – Homeostasia do cálcio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
J01 – Antibacterianos para uso sistémico	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
J02 – Antimicóticos para uso sistémico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
L02 – Terapêutica endócrina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
M01 – Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	14 (9,33)	6 (4,00)	20 (13,33)
M02 – Produtos tópicos para dores articulares e musculares	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
M03 – Relaxantes musculares	11 (7,33)	2 (1,33)	13 (8,66)
M05 – Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	7 (4,67)	1 (0,67)	8 (5,33)
N02 – Analgésicos	18 (12,00)	3 (2,00)	21 (14,00)
N03 – Antiepilépticos	25 (16,67)	10 (6,66)	35 (23,33)
N04 – Antiparkinsonianos	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
N05 – Psicolépticos	8 (5,33)	4 (2,67)	12 (8,00)
N06 – Psicoanalépticos	63 (42,00)	23 (15,33)	86 (57,33)

continua

conclusão

Subgrupo de Medicamentos Prescritos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
N07 – Outros medicamentos do sistema nervoso	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
R01 – Preparados para uso nasal	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
R03 – Antiasmáticos	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
R05 – Preparados contra a tosse e resfriados	14 (9,33)	3 (2,00)	17 (11,33)
R06 – Anti-histamínicos para uso sistémico	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
S01 – Produtos oftalmológicos	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)
Diversos – Não classificados	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)

Cada paciente pode ter utilizado mais de uma classe de medicamentos. Produção da própria autora.

APÊNDICE J – Distribuição dos medicamentos prescritos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico) – Grupo Diversos. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Grupo Diversos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Acido poliacrílico+Associação	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Alcachofra	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Castanha da Índia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Centelha asiática+Cassiolumina +Cromo+Faseolumina+Garcina +Sene+Glucoman	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cranberry	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cumarina+Troxerrutina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ginko Biloba	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Harpagophytum Procumbens	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Isoflavona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Lidocaína+Castanha da Índia+Hamamélis	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Rufina+Castanha da Índia	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Tocoferol+Retinol+ácidos graxos+uréia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Produção da própria autora.

APÊNDICE K – Medicamentos prescritos para cada sintoma da SPP dos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150)

Medicamentos Prescritos para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sono			
Alprazolam	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Amantadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Amitriptilina	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)
Bromazepam	2 (1,33)	2 (1,33)	4 (2,67)
Ciclobenzarina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Clonazepam	4 (2,67)	5 (3,33)	9 (6,00)
Clofazepam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Diazepam	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Lorazepam	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Nortriptilina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Prometazina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Trazodona	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Zolpidem	12 (8,00)	1 (0,67)	13 (8,67)
Depressão			
Amantadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Citalopram	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Duloxetina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Escitalopram	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Fluoxetina	6 (4,00)	2 (1,33)	8 (5,33)

continua

continuação

Medicamentos Prescritos para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Buspirona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Imipramina	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Nortriptilina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Paroxetina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Clozapolam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Risperidona	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Sertralina	2 (1,33)	2 (1,33)	4 (2,67)
Topiramato	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Trazodona	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Venlafaxina	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Fraqueza muscular/ Fadiga			
L-carnitina	37 (24,67)	15 (10,00)	52 (34,67)
Coenzima Q10	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Amantadina	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Piracetam	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)
Polivitaminico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Riluzol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ansiedade			
Alprazolam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Amantadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Bromazepam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos Prescritos para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Bupropiona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Clonazepam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Duloxetina	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Escitalopram	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Fluoxetina	9 (6,00)	4 (2,67)	13 (8,67)
Paroxetina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Sertralina	7 (4,67)	2 (1,33)	9 (6,00)
Topiramato	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Venlafaxina	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Dor articular/muscular			
Amitriptilina	10 (6,67)	6 (4,00)	16 (10,67)
Carisoprodol+Diclofenaco+Sódio+Paracetamol+Cafeína	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Polivitaminico	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Carbamazepina	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Carisoprodol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Cetocorolaco trometamol	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Ciclobenzaprina	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Codeína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Caodeína+Paracetamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Colecoxib	5 (3,33)	3(2,00)	8 (5,33)
Diclofenaco Potassio	0 (0,00)	1. (0,67)	1 (0,67)

continua

conclusão

Medicamentos Prescritos para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dipirona	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Dipirona+orfenadrina+cafeína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fitomenadiona ou Vitamina K	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fluoxetina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Gabapentina	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)
Ibuprofeno	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Medicamentos Prescritos para os Sintomas de SPP	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Imipramina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Mentol+canfôra+arnica	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Morfina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Nortriptilina	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Paracetamol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Prednisona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Pregabalina	9 (6,00)	0 (0,00)	9 (6,00)
Tiamina+Pirodoxina+cianocobalamina+Paracetamol+ Carisoprodol+Cafeína	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Topiramato	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Tramadol+Paracetamol	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Produção da própria autora.

APÊNDICE L – Distribuição dos medicamentos prescritos para a sintomatologia da SPP utilizados pelos pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150), (Versão Completa da Tabela 13)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Alprazolam	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Amantadina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Amitriptilina	13 (8,67)	8 (5,33)	21 (14,00)
Bromazepam	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)
Bupropiona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Buspirona	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Carisoprodol+Diclofenaco Sódio +Paracetamol+Cafeína	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Calcio+Magnesio+Arginina +Piridoxina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Carbamazepina	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Carisoprodol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Cetocorolaco Trometamol	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Ciclobenzaprina	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Citalopram	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cianocobalamina+ Citidina+Uridina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Clonazepam	5 (3,33)	5 (3,33)	10 (6,67)
Cloxazolam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Codeína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Codeína+Paracetamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Coenzima Q10	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Colecoxib	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Cloxazolam	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Diazepam	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Diclofenaco Potássio	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Dipirona	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Dipirona+Ofenadrina+Cafeína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Duloxetina	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Escitalopram	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Fluoxetina	16 (10,67)	6 (4,00)	22 (14,67)
Gabapentina	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)
Ginko Biloba	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ibuprofeno	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Imipramina	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
L-carnitina	37 (24,67)	15 (10,00)	52 (34,67)
Lorazepam	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Mentol+Canfôra+Arnica	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Morfina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Nortriptilina	9 (6,00)	0 (0,00)	9 (6,00)
Oxibutinina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Paracetamol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Paroxetina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Piracetam	8 (5,33)	5 (3,33)	13 (8,67)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Polivitaminico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Prednisona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Pregabalina	10 (6,67)	0 (0,00)	10 (6,67)
Prometazina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Riluzol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Risperidona	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Sertralina	9 (6,00)	4 (2,67)	13 (8,67)
Tiamina+Piridoxina+Cianocobalamina +Paracetamol+Carisoprodol+Cafeína	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Topiramato	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Tramadol	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Tramadol+Paracetamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Trazodona	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Venlafaxina	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Vitamina K	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Zolpidem	12 (8,00)	1 (0,67)	13 (8,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Produção da própria autora.

**APÊNDICE M – Medicamentos prescritos para outros problemas de saúde dos
pacientes incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=150),
(Versão completa da Tabela 14)**

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Pacientes que tinham medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	100(66,67)	29(19,33)	129(86,00)
Hipertensão Arterial	49 (32,67)	16 (10,67)	65 (43,34)
Reposição de Vitaminas e Minerais	30 (20,00)	6 (4,00)	36 (24,00)
Dislipidemia	28 (18,67)	8 (5,33)	36 (24,00)
Diabetes Mellitus	14 (9,33)	7 (4,67)	21 (14,00)
Hipotireoidismo	23 (15,33)	0 (0,00)	23 (15,33)
Artrose	9 (6,00)	1 (0,67)	10 (6,67)
Problemas Gastrointestinais	40 (26,66)	7 (4,67)	47 (31,33)
Terapia de reposição Hormonal	11 (7,33)	0 (0,00)	11 (7,33)
Problemas respiratórios	9 (6,00)	2 (1,33)	11 (7,33)
Problemas vasculares	6 (4,00)	5 (3,33)	11 (7,33)
Problemas Oftalmológicos	8 (5,33)	1 (0,67)	9 (6,00)
Osteoporose	5 (3,33)	1 (0,67)	6 (4,00)
Labirintite	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Dermatite	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Anemia	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Pânico	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)
Contracepção	5 (3,33)	0 (0,00)	5 (3,33)
Nefrite/Cistite	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Hiperplasia Prostática Benigna	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)

continua

continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Enxaqueca	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Angina	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)
Arritmia	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Varizes	2 (1,33)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hipertireoidismo	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Obesidade	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tremores	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Epilepsia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Disfunção Erétil	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Fibromialgia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Doença de Paget	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Osteopenia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Reumatismo	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Câncer	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Síndrome das pernas inquietas (SPI)	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hipertensão Arterial			
Losartana	20 (13,33)	5 (3,33)	25 (16,67)
Hidroclorotiazida	15 (10,00)	3 (2,00)	18 (12,00)
Atenolol	12 (8,00)	3 (2,00)	15 (10,00)
Enalapril	12 (8,00)	2 (1,33)	14 (9,33)
Captopril	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)

continua

continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Amlodipino	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Propranolol	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Atenolol+clortalidona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Valsartana	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Clortalidona	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Espironolactona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Olmesartana	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Bisoprolol	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Olmesartana + Hidroclorotiazida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Valsartana+Amlodipino	1 (0,67)	0(0,00)	1 (0,67)
Valsartana+Hidroclorotiazida+Amlodipino	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Furosemida+Cloreto de Potássio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hidroclorotiazida+Amilorida	1 (0,67)	1. (0,67)	2 (1,33)
Levanlodipino	1(0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Isorsobida	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Candesartana	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Diabetes Melitus			
Metformina	13 (8,67)	6 (4,00)	19 (12,67)
Insulina NPH	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Glicazida	1 (0,67)	2 (1,33)	3 (2,00)
Glimepirida	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)

continua

continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Glibenclamida	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)
Linagliptina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dapagliflozina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Vildagliptina+metformina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Dislipidemia			
Sinvastatina	14 (9,33)	3 (2,00)	17 (11,33)
Atorvastatina	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Rosuvastatina	3 (2,00)	3 (2,00)	6 (4,00)
Fenofibrato	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Ciprofibrato	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Bezafibrato	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Ezetimiba	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Problemas Gastrointestinais			
Omeprazol	30 (20,00)	4 (2,67)	34 (22,67)
Pantoprazol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Domperidona	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Simeticona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Esomeprazol	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Mesalazina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Ondansetrona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Glicerol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

Continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Bromoprida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Alcachofra	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Ranitidina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Orlistat	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Silimarina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Sulfasalazina	1 (0,67)	1 (0,67)	1 (0,67)
Lidocaína+mentol +castanha da Índia+Hamamélis	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Problemas respiratórios			
Budesonida	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Fluticasona	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Loratadina	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Cetirizina	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Cloreto de Sódio	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Levocetirizina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fornoterol+Budesonida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Salmeterol+fluticasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Salbutamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fexofenadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Prednisona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Indacaterol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dexclorfeniramina+betametasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Fexofenadina+pseudoefedrina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Artrose			
Condroitina+Glucosamina	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Cálcio+calecolciferol	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Alendronato sódico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cálcio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Diacereína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Harpagophytum procumbens	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hipotireoidismo			
Levotiroxina	23 (15,33)	0 (0,00)	23 (15,33)
Reposição de Vitaminas, Minerais e Aminoácidos			
Calecolciferol	18 (12,00)	4 (2,67)	22 (14,67)
Polivitaminico	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Cálcio+calecolciferol	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Cálcio	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Ácido Ascórbico	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Ômega 3	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Alfa lipoleico	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Tocoferol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Ácido Fólico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cianocobalamina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Retinol	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Colágeno	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cloreto de potássio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Arginina+Ácido ascórbico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tiamina	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Tiamina+Riboflavina+Acido Ascorbico +Calcio+Selenio+Zinco+Associação	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Cianocobalamina+cloridrato de piridoxina +Nitrato de Tiamina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Riboflavina+Zinco+Ácido Fólico +Cianocobalamina+Cromo+Selênio +CoQ10+Colina+Magnésio	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Osteoporose			
Resedronato sódico	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Alendronato sódico	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Cálcio	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Cálcio+calcicolciferol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Teriparatida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Terapia de reposição hormonal			
Estradiol+drosperinona	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Estradiol	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Tibolona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Promestrieno	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Desogestrel	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Isoflavona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

conclusão

Medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Problemas vasculares			
Ácido Acetil salicílico	3 (2,00)	5 (3,33)	8 (5,33)
Cilostazol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Clopidogrel	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Rufina+castanha da índia	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Rivaroxabana	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Produção da própria autora.

**APÊNDICE N – Distribuição dos medicamentos prescritos para outros problemas de saúde utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017 (n=150),
(Versão completa da Tabela 15)**

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Ácido Salicílico	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)
Ácido Alfalipoico	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Ácido Ascórbico	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Ácido Fólico	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Ácido poliacrílico+água+carbômero +glicerina+hidróxido de sódio +hidantoína+iodopropinil	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Aclasta	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Alcachofra	0 (0,00)	1 (0,67)	1(0,67)
Alendronato sódico	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Amantadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Anlodipino	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Arginina+ácido ascórbico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Atenolol	13 (8,67)	3 (2,00)	16 (10,67)
Atenolol+clortalidona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Atorvastatina	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Baclofeno	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Benzilpenicilina benzatina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Betaistina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Betametasona+gentamicina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Benzafibrato	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Biperideno	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Bisoprolol	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Brinzolamida+Timolol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Bromoprida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Budesonida	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Cálcio	6 (4,00)	1 (0,67)	7 (4,67)
Cálcio+Calecolciferol	8 (5,33)	0 (0,00)	8 (5,33)
Calecolciferol	18 (12,00)	4 (2,67)	22 (14,67)
Candesartana	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Captopril	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Carbamazepina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Carmelose Sódica	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Castanha da Índia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Centelha asiática+Cassiolamina +Cromo+Faseolamina+Garcina +Sene+Glucoman	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cetirizina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cetoconazol+Betametasona +neomicina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cianocobalamina+cloridrato de piridoxina +nitrato de tiamina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cianocobalamina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cilostasol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Cinarizina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ciprofibrato	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Clobetasol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Clopidogrel	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Cloreto de Potássio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cloreto de Sódio	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Clortalidona	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Colágeno	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Condoitina+Glucosamina	3 (2,00)	1 (0,67)	4 (2,67)
Canberry	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cumarina+Troxerrutina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dapagliflozina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Desogestrel	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Dexametasona	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Dexclorfeniramina+betametasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dextrana+hipromelose	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Diacereína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dimenidrato+piridoxina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Dipirona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Domperidona	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Dorzolamida+timolol	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Doxasozina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Enalapril	12 (8,00)	2 (1,33)	14 (9,33)
Esomeprazol	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Espironolactona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Estradiol	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Estradiol+didrogesterona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Estradiol+dienosgestel	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Estradiol+drosipirenona	4 (2,67)	0 (0,00)	4 (2,67)
Ezetimiba	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Fenazopiridina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fenofibrato	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Ferro+Ácido Fólico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fexofenadina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fexofenadina+pseudoefedrina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Fluconazol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Flunarizina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Fluticasona	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Formoterol+Budesonida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Furosemida+cloreto de Potássio	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Gestodeno+etilenoestradiol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Glibenclamida	0 (0,00)	2 (1,33)	2 (1,33)
Glicazida	1 (0,67)	2 (1,33)	3 (2,00)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Glicerol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Glicinato de Ferro+Ácido Fólico	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Glimepirida	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Harpagophytum procumbens	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Hidroclorotiazida	15 (10,00)	3 (2,00)	18 (12,00)
Hidroclorotiazida+amilorida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Indacaterol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Insulina NPH	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Isoflavona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Isomepteno+dipirona+cafeína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Isorsobida	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Ivabradina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Latanoprostá	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Levanlodipino	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Levocetirizina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Levotiroxina	23 (15,33)	0 (0,00)	23 (15,33)
Lidocaína+castanha da Índia +Hamamélis	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Linagliptina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Loratadina	3 (2,00)	0 (0,00)	3 (2,00)
Losartana	20 (13,33)	5 (3,33)	25 (16,66)
Mesalazina	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Metformina	13 (8,67)	6 (4,00)	19 (12,67)
Metimazol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Nitrofurantoína	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Olmesartana	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Olmesartana+Hidroclorotiazida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ômega 3	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Omeprazol	30 (20,00)	4 (2,67)	34 (22,67)
Ondansetrona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Orlistat	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Pantoprazol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Paracetamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Polivitaminico	4 (2,67)	2 (1,33)	6 (4,00)
Pramipexol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Prednisona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Promestrieno	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Proprafenona	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Propranolol	4 (2,67)	1(0,67)	5 (3,33)
Ranitidina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Residronato sódico	2 (1,33)	1 (0,67)	3 (2,00)
Retinol	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Riboflavina+ Zinco+Ácido Fólico +cianocobalamina+Cromo +Selênio+CoQ10+Colina+Magnésio	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Risperidona	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Rivaroxabana	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Rosuvastatina	3 (2,00)	3 (2,00)	6 (4,00)
Rufina+castanha da índia	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Salbutamol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Salmeterol+fluticasona	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tocoferol+Retinol+ácidos graxos +uréia	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Sildenafilina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Silimarina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Simeticona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Sinvastatina	14 (9,33)	3 (2,00)	17 (11,33)
Sulfasalazina	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Sulfato ferroso	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tadalafila	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Tamoxifeno	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tansulosina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Teriparatida	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Tiamina	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Tiamina+Riboflavina +Acido Ascorbico+Calcio +Selenio+Zinco	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Tibolona	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Timolol	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Tocoferol	2 (1,33)	0 (0,00)	2 (1,33)
Valeriana	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Valsartana	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)
Vasartana+Amlodipino	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Valsartana+Hidroclorotiazida	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Vidagliptina+metformina	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Produção da própria autora.

APÊNDICE O – Medicamentos prescritos para os sintomas da Síndrome Pós-poliomielite e/ou outros problemas de saúde que foram suspensos ou não utilizados pelos pacientes do estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78)

Medicamentos prescritos para os sintomas da Síndrome Pós-poliomielite que foram suspensos ou não utilizados	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Fraqueza e Fadiga muscular	24 (30,77)	5 (6,41)	29 (37,18)
Dor muscular e articular	16 (20,51)	6 (7,69)	22 (28,20)
Distúrbio do Sono	4 (5,13)	1 (1,28)	5 (6,41)
Ansiedade	3 (3,85)	2 (2,56)	5 (6,41)
Depressão	1 (1,28)	2 (2,56)	3 (3,85)
Incontinência urinária	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Dificuldade de Memória e concentração	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Constipação intestinal	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
Pacientes que tinham medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde que foram suspensos ou não utilizados			
Hipertensão Arterial	4 (5,13)	2 (2,56)	6 (7,69)
Reposição de Vitaminas e Minerais	4 (5,13)	1 (1,28)	5 (6,41)
Dislipidemia	4 (5,13)	4 (5,13)	8 (6,15)
Diabetes Mellitus	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
Problemas gastrointestinais	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Trombose/varizes	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Artrose	4 (5,13)	1 (1,28)	5 (6,41)
Osteopenia	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Tremores	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Anemia	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Reumatismo	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

continua

conclusão			
Pacientes que tinham medicamentos prescritos para outros problemas de Saúde que foram suspensos ou não utilizados	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Reposição hormonal	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Arritmia	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Olho seco/irritado	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Fibromialgia	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Polineuropatia diabética	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Obesidade	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Hiperplasia Prostática benigna	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)

Cada paciente pode ter suspenso/não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

**APÊNDICE P – Fatores relacionados para suspensão ou não utilização do tratamento prescrito sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78),
(Versão Completa da Tabela 22)**

Fatores que levaram a suspensão ou não utilização do medicamento prescrito	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Reações adversas	30 (38,46)	11 (14,10)	41(52,56)
Preço (custo alto)	11 (14,10)	4 (5,13)	15 (19,23)
Não utilizou ou suspendeu o uso por não produzir melhora	11 (14,10)	4 (5,13)	15 (19,23)
Medo de utilizar o medicamento	6 (7,69)	0 (0,00)	6 (7,69)
Relata não precisar mais	2 (2,56)	3 (3,85)	5 (6,41)
Paladar e odor ruim	5 (6,41)	0 (0,00)	5 (6,41)
Terminou o medicamento e não continuou	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Receita vencida e não comprou mais	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)
Por achar que toma muito medicamento	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
Suspendeu o uso porque estava sentindo dependência do medicamento	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Parou de acompanhar a doença	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Não encontrou para comprar	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Não comprou por não gostar de utilizar muito medicamento	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Esquecia de utilizar o medicamento e não utilizou mais	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

Cada paciente pode ter suspenso/não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

APÊNDICE Q – Reações adversas relatadas dos medicamentos prescritos que foram suspensos ou não utilizados sem autorização médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78), (Versão Completa da Tabela 23)

Reações adversas relatadas	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sonolência	5 (6,41)	5 (6,41)	10 (12,82)
Fraqueza Muscular	4 (5,13)	3 (3,85)	7 (8,97)
Náusea/Enjoo	5 (6,41)	0 (0,00)	5 (6,41)
Diarreia	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
Insônia	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)
Confusão mental	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Angústia	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Problemas gastrointestinais	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Aumento da Micção	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Impotência Sexual	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Perda do Apetite	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Tremores no corpo	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Tontura	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Queda capilar	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Queda da pressão arterial	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Diminuição da Libido	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Pânico	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Aumento da pressão arterial	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Aumento do apetite	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

Cada paciente pode ter suspenso/não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

APÊNDICE R – Distribuição dos medicamentos prescritos que tiveram o seu uso suspenso ou não utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78), (Versão Completa da Tabela 25)

Principais Sub- Grupo de Medicamentos Prescritos suspensos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A02 – Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
A06 – Laxativos	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
A08 – Preparados antiobesidade, excluindo produtos dietéticos	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
A10 – Medicamentos usados na diabetes	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
A11- Vitaminas	4 (5,13)	2 (2,56)	6 (7,69)
A12 – Suplementos minerais	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
A14 – Anabolizantes para uso sistêmico	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	23 (29,49)	3 (3,85)	26 (33,33)
B01 – Medicamentos antitrombóticos	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
B03 – Preparados antianêmicos	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
C01 – Terapêutica cardíaca	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
C02 – Anti-hipertensores	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
C03 - Diuréticos	2 (2,56)	2 (2,56)	4 (5,13)
C05 – Vasoprotectores	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
C07 – Agentes betabloqueadores	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
C09 – Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
C10 – Hipolipemiantes	4 (5,13))	4 (5,13)	8 (10,26)
G01 – Anti-infecciosos e anti-sépticos ginecológicos	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
G04 – Medicamentos urológicos	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)

continua

Principais Sub- Grupo de Medicamentos Prescritos suspensos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
M01 – Anti-inflamatórios e antirreumáticos	6 (7,69)	1 (1,28)	7 (8,97)
M03 –Relaxantes musculares	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
M05 – Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
N02 – Analgésicos	4 (5,13)	0 (0,00)	4 (5,13)
N03 – Antiepilépticos	6 (7,69)	4 (5,13)	10 (12,82)
N04 – Antiparkinsonicos	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)
N06 –Psicoanalépticos	11 (14,10)	7 (8,97)	18 (23,07)
N07 – Outros medicamentos do sistema nervoso	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
P01 – Antiprotazoários	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
S01 – Produtos oftalmológicos	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Grupo diversos – Não Classificados:	3 (3,85)	0 (0,00)	3 (3,85)
- Ginko Biloba	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
- Isoflavona	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
- Loratadina+Famotidina+Pregabalina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

Cada paciente pode ter suspenso/não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

APÊNDICE S – Distribuição dos medicamentos prescritos tiveram o seu uso suspenso ou não utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=78), (Versão Completa da Tabela 26)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Ácido Acetilsalicílico	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Alendronato de Sódio	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Amantadina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Amitriptilina	3 (3,85)	1 (1,28)	4 (5,13)
Apixabana	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Atenolol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Atorvastatina	1 (1,28)	2 (2,56)	3 (3,85)
Benfotiamina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Cálcio	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Calcio+Calecolciferol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Calecolciferol	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Canagliflozina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Cetorolaco Trometamol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Cianocobalamina+piridoxina +tiamina	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Cianocobalamina+Riboflavina +Tiamina+Piridoxina+nicotinamida	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Ciclobenzaprina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Ciprofibrato	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
Clonazepam	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Colecoxib	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Condroitina+Glucosamina	3 (3,85)	1 (1,28)	4 (5,13)
Dextrana+hipromelose	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Diosmina+hesperidina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Doxazosina	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Duloxetina	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Dutasterida+tansulosina	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Fluoxetina	0 (0,00)	2 (2,56)	2 (2,56)
Furosemida	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Gabapentina	4 (5,12)	3 (3,85)	7 (8,97)
Ginko biloba	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Hidroclorotiazida	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Hidroxicloroquina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Hidróxido de Alumínio	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Isoflafona	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
L-carnitina	23 (29,49)	3 (3,85)	26 (33,33)
Liraglutida	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Loratadina+Famotidina +Pregabalina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Losartana	1 (1,28)	1 (1,28)	2 (2,56)
Losartana+Hidroclorotiazida	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Macrogol 3350+bicarbonato de sódio +cloreto de sódio+cloreto de potássio	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Metformina	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Morfina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Nimesulida	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Omeprazol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Orlistate	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Oxandrolona	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Oxibutinina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Pantoprazol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Paracetamol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Paroxetina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Piracetam	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Piridostigmina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Plantagoovata Forsk.	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Pramipexol	1 (1,28)	0 (0,00)	1(1,28)
Pregabalina	0 (0,00)	1 (1,28)	1(1,28)
Propafenona	0 (0,00)	1 (1,28)	1(1,28)
Propranolol	1 (1,28)	0 (0,00)	1(1,28)
Ranitidina	1 (1,28)	0 (0,00)	1(1,28)
Riluzol	0 (0,00)	1 (1,28)	1(1,28)
Saccharomyces boulardii	1 (1,28)	0 (0,00)	1(1,28)
Sertralina	2 (2,56)	1 (1,28)	3 (3,85)
Sinvastatina	3 (3,85)	2 (2,56)	5 (6,41)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sulfato ferroso	2 (2,56)	0 (0,00)	2 (2,56)
Tansulosina	0 (0,00)	1 (1,28)	1 (1,28)
Tramadol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Tramadol+paracetamol	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)
Trazodona	2 (2,56)	3 (3,85)	5 (6,41)
Venlafaxina	1 (1,28)	0 (0,00)	1 (1,28)

Cada paciente pode ter suspenso/não utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

APÊNDICE T – Fatores que motivam a prática da automedicação pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142) (Versão reduzida da tabela 28)

Problemas de saúde que motivam a automedicação	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Problemas Gastrointestinais	97 (68,31)	39 (27,46)	136 (95,77)
Dor de cabeça	70 (49,30)	26 (18,31)	96 (67,61)
Dor muscular e articular	72 (50,70)	23 (16,20)	95 (66,90)
Gripe/febre	45 (31,69)	15 (10,56)	60 (42,25)
Problemas Respiratórios	41 (28,87)	11 (7,75)	52 (36,62)
Reposição de Vitaminas e Minerais	17 (11,97)	4 (2,82)	21 (14,79)
Olhos e ouvidos	14 (9,85)	6 (4,23)	20 (14,08)
Dermatite	15 (10,56)	5 (3,52)	20 (14,08)
Insônia	7 (4,93)	1 (0,70)	8 (5,63)
Cólica Menstrual	3 (2,11)	0 (0,00)	3 (2,11)
Perda de peso	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Hipertensão arterial	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Disfunção erétil	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Osteoporose/artrose	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Ansiedade	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)
Cólica Renal	0 (0,00)	1 (0,67)	1 (0,67)
Hematomas/Quedas	1 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,67)

Cada paciente pode ter relatado mais de um fator motivador para o uso de medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE U – Propósitos relatados para o uso de medicamentos sem prescrição pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Principais propósitos do uso (Indicação)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dor muscular/articular	71 (50,00)	22 (15,49)	93 (65,49)
Dor de cabeça	66 (46,47)	22 (15,49)	88 (61,97)
Problemas gastrointestinais	55 (38,73)	22 (15,49)	77 (54,22)
Gripe e febre	36 (25,35)	14 (9,85)	50 (35,21)
Problemas respiratórios	30 (21,13)	10 (7,04)	40 (28,17)
Reposição de vitaminas e minerais	21 (14,79)	5 (3,52)	26 (18,31)
Dermatite	10 (7,04)	4 (2,82)	14 (9,85)
Olho seco/irritado	8 (5,63)	3 (2,11)	11 (7,75)
Insônia	7 (4,92)	1 (0,70)	8 (5,63)
Irritação na garganta	3 (2,11)	2 (1,41)	5 (3,52)
Problemas Otológicos	1 (0,70)	3 (2,11)	4 (2,82)
Problemas de memória e concentração	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Labirintite	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Cólica Menstrual	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Hipertensão arterial	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Artrose	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
Disfunção Erétil	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Ansiedade	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dislipidemia	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Arritmia cardíaca	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE V – Principais Medicamentos sem prescrição médica de acordo com o comportamento e frequência quanto ao uso pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Comportamento quanto ao uso	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Medicamentos mais utilizados no momento da dor			
Dipirona	27 (19,01)	16 (11,26)	43 (30,28)
Paracetamol	19 (13,38)	6 (4,23)	25 (17,61)
Dipirona+orfenadrina+cafeína	18 (12,68)	6 (4,23)	24 (16,90)
Simeticona	13 (9,15)	2 (1,40)	16 (11,26)
Ibuprofeno	12 (8,45)	3 (2,11)	15 (10,56)
Carbonato de Sódio+Ácido Cítrico +Bicarbonato de Sódio	10 (7,04)	5 (3,52)	15 (10,56)
Isometepteno+Dipirona+Cafeína	11 (7,74)	3 (2,11)	14 (9,86)
Colina+Betaína+Metionina	10 (7,04)	4 (2,82)	14 (9,86)
Omeprazol	9 (6,34)	2 (1,40)	11 (7,74)
Medicamentos mais utilizados de uso contínuo			
Paracetamol	8 (5,63)	2 (1,40)	10 (7,04)
Dipirona	8 (5,63)	0 (0,00)	8 (5,63)
Omega 3	5 (3,52)	2 (1,40)	7 (4,92)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol +Paracetamol+Cafeína	6 (4,23)	0 (0,00)	6 (4,23)
Polivitaminico	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,23)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	4 (2,82)	1 (0,70)	5 (3,52)
Medicamentos mais utilizados com esquema posológico até melhorarem			
Paracetamol+Clorfeniramina +Felinefrina	10 (7,04)	5 (3,52)	15 (10,56)

continua

continuação

Medicamentos mais utilizados com esquema posológico até melhorarem	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dipirona+Clorfeniramina +Felinefrina	8 (5,63)	4 (2,82)	12 (8,45)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol +Paracetamol+Cafeína	7 (4,92)	3 (2,11)	10 (7,04)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	8 (5,63)	2 (1,40)	10 (7,04)
Dipirirona	6 (4,23)	3 (2,11)	9 (6,34)
Medicamentos utilizados de acordo com a frequência "Às vezes"			
Dipirona	29 (20,42)	15 (10,56)	44 (30,98)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	20 (14,08)	6 (4,23)	26 (18,31)
Paracetamol	18 (12,68)	5 (3,52)	23 (16,20)
Ibuprofeno	16 (11,26)	3 (2,11)	19 (13,38)
Isometepteno+Dipirona+Cafeína	12 (8,45)	4 (2,82)	16 (11,26)
Paracetamol+Clorfeniramina +Felinefrina	11 (7,74)	5 (3,52)	16 (11,26)
Simeticona	13 (9,15)	2 (1,40)	15 (10,56)
Carbonato de Sódio+Ácido Cítrico +Bicarbonato de Sódio	11 (7,74)	4 (2,82)	15 (10,56)
Colina+Betaína+Metionina	9 (6,34)	4 (2,82)	13 (9,15)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol +Paracetamol+Cafeína	8 (5,63)	4 (2,82)	12 (8,45)
Omeprazol	9 (6,34)	2 (1,40)	11 (7,74)
Medicamentos utilizados de acordo com a frequência "Sempre"			
Dipirirona	11 (7,74)	4 (2,82)	15 (10,56)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	10 (7,04)	3 (2,11)	13 (9,15)
Paracetamol	10 (7,04)	3 (2,11)	13 (9,15)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol +Paracetamol+Cafeína	7 (4,92)	0 (0,00)	7 (4,92)

continua

conclusão

Medicamentos utilizados de acordo com a frequência "Sempre"	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Omega 3	5 (3,52)	2 (1,40)	7 (4,92)
Isometepteno+Dipirona+Cafeína	6 (4,23)	0 (0,00)	6 (4,23)
Polivitaminico	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,23)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE W – Principais medicamentos relatados de acordo com os principais propósitos do uso dos medicamentos sem prescrição médica pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Medicamentos utilizados com o propósito dor articular/muscular	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dipirona+Orfenadrina+Cafeína	21 (14,79)	8 (5,63)	29 (20,42)
Dipirona	11 (7,75)	7 (4,92)	18 (12,68)
Diclofenaco Sódico+Carisoprodol+Paracetamol+Cafeína	14 (9,85)	3 (2,11)	17 (11,97)
Diclofenaco de Sódio	13 (9,15)	1 (0,70)	14 (9,85)
Ibuprofeno	11 (7,75)	1 (0,70)	12 (8,45)
Dor de cabeça			
Dipirona	29 (20,42)	10 (7,04)	39 (27,46)
Isometepteno+Dipirona+Cafeína	17 (11,97)	3 (2,11)	21 (14,79)
Paracetamol	16 (11,26)	5 (3,52)	21 (14,79)
Ibuprofeno	10 (7,04)	1 (0,70)	11 (7,75)
Problemas gastrointestinais			
Simeticona	15 (10,56)	4 (2,82)	19 (13,38)
Carbonato de Sódio+Ácido Cítrico +Bicarbonato de Sódio	12 (8,45)	6 (4,23)	18 (12,68)
Omeprazol	12 (8,45)	4 (2,82)	16 (11,26)
Colina+Betaína+Metionina	10 (7,04)	4 (2,82)	16 (11,26)
Gripe e Febre			
Paracetamol+Clorferinamina +Felinefrina	11 (7,75)	5 (3,52)	16 (11,26)
Dipirona+Clorferinamina +Cafeína	10 (7,04)	4 (2,82)	14 (9,85)
Ácido Acetilsalicílico+Dexclorferinamina +Felinefrina+Cafeína	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,23)
			continua

conclusão

Gripe e Febre	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Clorferinamina+Ácido Ascórbico+Dipirona	4 (2,82)	1 (0,70)	5 (3,52)
Problemas respiratórios			
Loratadina	9 (6,34)	2 (1,40)	11 (7,75)
Nafazolina	4 (2,82)	2 (1,40)	6 (4,23)
Ambroxol	3 (2,11)	2 (1,40)	5 (3,52)
Dexclorferinamina	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE X – Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica mais utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico). São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142), (Versão Completa da Tabela 31)

Principais Subgrupo dos Medicamentos sem Prescrição	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
A02 – Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	27 (19,01)	12 (8,45)	39 (27,46)
A03 – Agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos	18 (12,68)	7 (4,93)	25 (17,60)
A06 – Laxativos	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,22)
A08 – Preparados antiobesidade, excluindo produtos dietéticos	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
A11 – Vitaminas	18 (12,68)	4 (2,82)	22 (15,49)
A12 – Suplementos minerais	7 (4,93)	0 (0,00)	7 (4,93)
A16 – Outros produtos para as vias digestivas e metabolismo	14 (9,86)	6 (4,22)	20 (14,08)
B03 – Preparados antianêmicos	2 (1,41)	0 (0,00)	2 (1,41)
C05 – Vasoprotectores	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
C07 – Betabloqueadores	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,41)
C09 – Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
D01 – Antifúngicos para uso dermatológico	4 (2,82)	2 (1,41)	6 (4,22)
D03 – Preparados para tratamento de feridas e úlceras	3 (2,11)	1 (0,70)	4 (2,82)
D06 – Antibióticos e quimioterapêuticos para uso dermatológico	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,41)
D07 – Corticosteróides, preparados dermatológicos	1 (0,70)	2 (1,41)	3 (2,11)
G04 – Medicamentos urológicos	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
H02 – Corticosteróides para uso sistêmico	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)
J01 – Antibacterianos para uso sistêmico	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
M01 – Anti-inflamatórios e antirreumáticos	45 (31,69)	6 (4,23)	51 (35,91)

continua

Principais Subgrupo dos Medicamentos sem Prescrição	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
M02 – Produtos tópicos para dores articulares e musculares	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,41)
M03 – Relaxantes musculares	37 (26,05)	11 (7,75)	48 (33,80)
N02 – Analgésicos	78 (54,93)	28 (19,72)	106 (74,65)
N05 – Psicolépticos	5 (3,52)	0 (0,00)	5 (3,52)
N06 – Psicoanalépticos	4 (2,82)	0 (0,00)	4 (2,82)
N07 – Outros medicamentos do sistema nervoso	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
R01 – Preparados para uso nasal	4 (2,82)	1 (0,70)	5 (3,52)
R03 – Antiasmáticos	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,41)
R05 – Preparados contra a tosse e resfriados	19 (13,38)	6 (4,22)	25 (17,60)
R06 – Anti-histamínicos para uso sistémico	21 (14,78)	4 (2,82)	25 (17,60)
S01 – Produtos oftalmológicos	13 (9,15)	5 (3,52)	18 (12,67)
S02 – Produtos otológicos	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Diversos – Não classificados	31 (21,83)	10 (7,04)	41 (28,87)

Cada paciente pode ter utilizado mais de uma classe de medicamentos. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE Y – Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo de acordo com a classificação ATC (Segundo Nível: Subgrupo Terapêutico) – Grupo Diversos. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Aloe Vera	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Arnica	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Boldo	4 (2,81)	2 (1,40)	6 (4,22)
Cascara sagrada	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cassia Senna 1DH+Polygonum punctatum 1CH +Collinsonia 229 Ascórbico229 1CH	4 (2,81)	1 (0,70)	5 (3,52)
Clorfeniramina+ácido ascórbico +dipirona	4 (2,81)	1 (0,70)	5 (3,52)
Faseolamina+Cascara sagrada+Agar agar +Fucus+centelha+glucoman	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Gengibre em capsula	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Guaco	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Harpagophytum procumbens	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Oléo de Alho	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Passiflora	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Passiflora alata+Crataegus oxyacantha +Salix alba	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Passiflora alata+Erythrina mulungu +Crataegus oxyacantha	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Própolis	2 (1,40)	2 (1,40)	4 (2,81)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

APÊNDICE Z – Distribuição dos medicamentos sem prescrição médica utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017, (n=142), (Versão Completa da Tabela 32)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Acebrofilina	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Acetilcisteína	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Acido acetilsalicílico	1 (0,70)	2 (1,40)	3 (2,10)
Acido acetilsalicílico+acido Ascorbico	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Acido acetilsalicílico+cafeína	8 (5,63)	0 (0,00)	8 (5,63)
Acido acetilsalicílico+dexclorferinamina +felinefrina+cafeína	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,22)
Acido ascorbico	6 (4,22)	0 (0,00)	6 (4,22)
Acido Mefenamico	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Aloe Vera	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Alprazolam	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Ambroxol	3 (2,10)	2 (1,40)	5 (3,52)
Amoxicilina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Arnica	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Atenolol	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Bacitracina+neomicina	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Baclofeno	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Bicarbonato de Sódio	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Bisacodil	3 (2,10)	1 (0,70)	4 (2,81)
Boldo	4 (2,81)	2 (1,40)	6 (4,22)
Bronfeniramina+fenilefrina	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)

continua

Continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Budesonida	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Butilbrometo de escopolamina+dipirona	4 (2,81)	3 (2,10)	7 (4,93)
Cálcio	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Calcio+Tiamina+Riboflavina +Pirodoxina	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Calecolciferol	2 (1,40)	1 (0,70)	3 (2,10)
Cânfora+mentol	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Captopril	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Carbonato de cálcio+carbonato de cálcio	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Carbonato de sódio+ácido cítrico +bicarbonato de sódio	12 (8,45)	6 (4,22)	18 (12,67)
Carmelose sódica	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cascara sagrada	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cassia senna 1DH+Polygonum punctatum 1CH +Collinsonia 231scórbico231 1CH	4 (2,81)	1 (0,70)	5 (3,52)
Cetoconazol	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cetoconazol+betametasona	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cetoprofeno	4 (2,81)	0 (0,00)	4 (2,81)
Cetorolaco Trometamol	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Cianocobalamina	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Cianocobalamina/cloridrato de piridoxina /nitrato de Tiamina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cianocobalamina/cloridrato de piridoxina /nitrato de tiamina/diclofenaco sódico	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Ciclobenzaprina	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Cimetidina	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Cinarizina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Ciproeptadina+Tiamina+Riboflavina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Colina +betaína+metionina	10 (7,04)	4 (2,81)	14 (9,85)
Cloreto de Magnésio	5 (3,52)	0 (0,00)	5 (3,52)
Clorfeniramina+acido ascórbico+dipirona	4 (2,81)	1 (0,70)	5(3,52)
Colágeno	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Cromoglicato dissódico	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Desloratadina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dexametasona	3 (2,10)	2 (1,40)	5 (3,52)
Dexclorfeniramina	5 (3,52)	0 (0,00)	5 (3,52)
Dexclorfeniramina+betametasona	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Dexpantenol	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dextrana+hipromelose	5 (3,52)	1 (0,70)	6 (4,22)
Diclofenaco dietilamônio	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Diclofenaco Potassio	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Diclofenaco sódico+carisoprodol +paracetamol+cafeína	15 (10,56)	4 (2,81)	19 (13,38)
Diclofenaco Sodio	13 (9,15)	1 (0,70)	14 (9,86)
Difenidramina+cloreto de amônio +Citrato de sódio	2 (1,40)	1 (0,70)	2 (1,40)
Diidroergotamina+dipirona+cafeína	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Diidroergotamina+paracetamol +cafeína+metoclopramida	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dimenidrinato	2 (1,40)	1 (0,70)	3 (2,10)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Dimenidrinato+piridoxina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dipirona	41 (28,88)	19 (13,38)	61 (42,96)
Dipirona+cafeína	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dipirona+clorfeniramina +cafeína	10 (7,04)	4 (2,81)	14 (9,86)
Dipirona+orfenadrina +cafeína	30 (21,13)	9 (6,34)	39 (27,46)
Dipirona+prometazina +adifenina	2 (1,40)	1 (0,70)	3 (2,10)
Dolomita	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Dropropizina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Esomeprazol	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Faseolamina+Casara sagrada+Agar agar +Fucus+centelha+glucoman	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Fexofenadina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Fexofenadina+pseuefedrina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
fluocinolona acetonida+sulfato de polimixina B +sulfato de neomicina+cloridrato de lidocaína	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Fluticasona	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Gengibre em capsula	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Ginko Biloba	3 (2,10)	0 (0,00)	3 (2,10)
Guaco	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Guaifenisina	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Harpagophytum procumbens	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Hedera helix L.	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
hidróxido de alumínio	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
hidróxido de alumínio +hidróxido de magnésio+simeticona	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Hidróxido de Magnésio	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Hidroxizina	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Ibuprofeno	21 (14,79)	3 (2,10)	24 (16,90)
Indometacina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
isometepteno+dipirona+cafeína	18 (12,68)	4 (2,81)	22 (15,49)
Loratadina	9 (6,34)	2 (1,40)	11 (7,75)
Metoclopramida	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Miconazol	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
nafazolina	4 (2,81)	2 (1,40)	6 (4,22)
Nafazolina + Sulfato de Zinco	3 (2,10)	2 (1,40)	5 (3,52)
Naproxeno	5 (3,52)	0 (0,00)	5 (3,52)
Nimesulida	10 (7,04)	1 (0,70)	11 (7,74)
Oléo de Alho	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Omega 3	5 (3,52)	2 (1,40)	7 (4,93)
Omeprazol	12 (8,45)	4 (2,81)	16 (11,27)
Orlistate	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Oxicodona	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Oximetazolina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
oxomemazina+iodeto de potássio +benzoato de sódio+guaifenesina	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Pantoprazol	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)

continua

continuação

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
papaverina+ dipirona +beladona(hiosciamina)	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Paracetamol	27 (19,01)	8 (5,63)	35 (24,64)
paracetamol+fenilefrina +paracetamol+carbinoxamina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Paracetamol+Clorfeniramina +Fenilefrina	11 (7,75)	5 (3,52)	16 (12,27)
Paracetamol+ pseudoefedrina	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Paracetamol+ cafeína	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Passiflora	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Passiflora alata+Crataegus oxyacantha +Salix alba	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Passiflora alata+Erythrina mulungu +Crataegus oxyacantha	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Piroxicam	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Plantago ovata	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)
Polissulfato de mucopolissacarídeo	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Polivitaminico	5 (3,52)	1(0,70)	6 (4,22)
Prednisona	2 (1,40)	0(0,00)	2 (1,40)
Propolis	2 (1,40)	2(1,40)	4 (2,81)
Propranolol	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
retinol+colecalfiferol +óxido de zinco	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Salicilato de metila+canfora +mentol+terebintina	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Selênio	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Sildenafil	0 (0,00)	1 (0,70)	1 (0,70)
Simeticona	15 (10,56)	4 (2,82)	19 (13,38)

continua

Medicamentos	conclusão		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sulfato de terbutalina	1 (0,70)	0 (0,00)	1 (0,70)
Terbinafina	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Tiamina+ riboflavina+nicotinamida +piridoxina+cianocobalamina	1 (0,70)	2 (1,40)	3 (2,10)
Tramadol	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Trolamina	1 (0,70)	1 (0,70)	2 (1,40)
Valeriana	2 (1,40)	0 (0,00)	2 (1,40)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento sem prescrição. Fonte: Produção da própria autora.

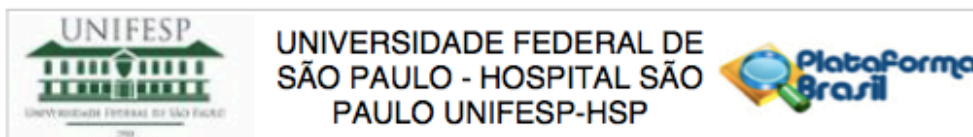
APÊNDICE AA – Principais medicamentos prescritos para SPP ou para outros problemas de saúde considerados inapropriados para idosos, segundo Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos utilizados pelos pacientes com Síndrome Pós-poliomielite incluídos no estudo. São Paulo/SP, 2016-2017 (n=150)

Medicamentos	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Omeprazol	30 (20,00)	4 (2,67)	34 (22,67)
Fluoxetina	16 (10,67)	6 (4,00)	22 (14,67)
Amitriptilina	13 (8,67)	8 (5,33)	21 (14,00)
Clonazepam	5 (3,33)	5 (3,33)	10 (6,66)
Nortriptilina	9 (6,00)	0 (0,00)	9 (6,00)
Ácido Acetilsalicílico	5 (3,33)	3 (2,00)	8 (5,33)
Pantoprazol	6 (4,00)	0 (0,00)	6 (4,00)
Alprazolam	4 (2,67)	1 (0,67)	5 (3,33)
Bromazepam	3 (2,00)	2 (1,33)	5 (3,33)

Cada paciente pode ter utilizado mais de um medicamento. Fonte: Produção da própria autora

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA UNIFESP/EPM - SETOR SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE

Pesquisador: Mônica de Souza Brito Conti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56056316.5.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

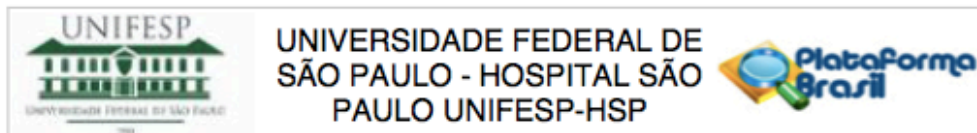
Número do Parecer: 1.615.206

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0618/2016

Estudos apontam que um grande número de indivíduos acometidos pela Poliomielite é exposto à uma manifestação tardia, chamada Síndrome Pós-Poliomielite (SPP). Considerada uma neuropatia motora, a SPP é caracterizada por um novo quadro sintomatológico - resultando em uma diminuição da capacidade funcional e/ou no surgimento de novas incapacidades. Muitos indivíduos sobreviventes da Poliomielite encontraram no Ambulatório de Doenças Neuromusculares da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, um trabalho reabilitador e/ou terapêutico fundamentado num olhar multidisciplinar em torno do paciente e da doença que o envolve. Como medida terapêutica é observada a utilização de medicamentos – parte integrante do plano de assistência ao paciente quanto a sintomatologia – mas, também se percebe uma condução à diversos fármacos para múltiplas comorbidades. Assim, não rara é a possibilidade de interações medicamentosas, reações adversas, não aderência ao tratamento medicamentoso e a automedicação dentro desta população. O estudo presente tem como objetivo delinear o perfil farmacoterapêutico desses pacientes, que não respondem como a

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.615.206

população em geral ao estímulo farmacoterapêutico. A investigação do perfil permite observar se a farmacoterapia é necessária, segura, efetiva e racional.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese: Não se aplica a este estudo. Por ser um estudo descritivo, espera-se a formulação de uma ou mais hipóteses que poderão ser testadas subsequentemente com estudos analíticos específicos.

-Objetivo Primário:

Conhecer o perfil farmacoterapêutico dos pacientes diagnosticados com SPP atendidos junto ao Ambulatório de Doenças Neuromusculares da UNIFESP/EPM.

-Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes de SPP atendidos no referido Ambulatório;
- Delinear a terapia medicamentosa utilizada para a sintomatologia da SPP;
- Analisar a presença de comorbidades e sua farmacoterapia;
- Verificar a existência de automedicação na população estudada;
- Averiguar os níveis de adesão frente à farmacoterapia em uso;

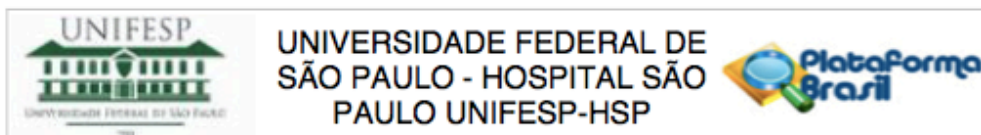
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara: - Riscos:

De acordo com a Resolução nº 466/12, é considerado que toda a pesquisa que envolve seres humanos pode ter riscos. Portanto, por ser um estudo descritivo, ao entrevistar o participante, e relembra sua história com a doença, ele poderá sofrer um possível risco emocional, ou mesmo também ao participar da pesquisa possa desenvolver uma expectativa em relação a doença. Porém, caso aconteça com algum participante, o mesmo será encaminhado para o serviço de atendimento psicológico da equipe do Ambulatório de SPP da UNIFESP/EPM.

- Benefícios: Este estudo pode não trazer benefícios direto e imediato ao paciente, porém os resultados podem ser indiretos fornecendo elementos para fomentar a segurança do público com SPP no uso de medicamentos. Sendo fundamental o conhecimento destes dados para determinar estratégias futuras que venham resolver os PRMs(problemas relacionados a medicamentos), visando ter uma farmacoterapia racional, através da harmonia entre as especialidades, resultando na mais ampla melhoria do paciente.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.615.206

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Campus São Paulo, com orientação do prof. Dr. Leonardo Regis leira Pereira.

TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com abordagem quantitativa. LOCAL: Ambulatório de Doenças Neuromusculares da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), Setor de SPP ? Síndrome Pós-Poliomielite.

Atualmente esse ambulatório atende e acompanha cerca de 1515 pacientes com sequela de poliomielite; destes, 939 são pacientes com diagnóstico confirmado de SPP. PARTICIPANTES: Para este estudo serão convidados de forma aleatória 226 pacientes com diagnóstico confirmado de SPP de acordo com cálculo amostral.

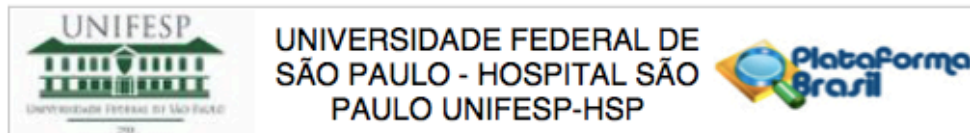
-Critério de Inclusão: ser paciente com história prévia de poliomielite com diagnóstico de SPP; fazer uso de terapia medicamentosa para tratamento da sintomatologia da SPP e/ou comorbidades; e fazer acompanhamento no ambulatório a mais de um ano.

-Critério de Exclusão: os pacientes que tiverem dificuldades de compreensão, memória, os que não conseguirem completar a entrevista e os que não tiverem os dados completos nos prontuários.

PROCEDIMENTOS: -Para a coleta será empregada a técnica de entrevista estruturada utilizando-se um formulário (Apêndice B) com perguntas fechadas, contendo 42 questões divididas em três partes. A primeira parte apresentará dados sociodemográficos para

identificação dos pacientes como nome; sexo; idade; estado civil; escolaridade e cor. A segunda parte abrangerá dados do perfil clínico e dados antropométricos como altura; peso; índice de Massa Corporal (IMC); idade que adquiriu a poliomielite; tipo de sequela da poliomielite; tipo de sequela residual; quando foi diagnosticado a SPP; quais os sintomas da SPP; e há quanto tempo faz acompanhamento no ambulatório; e se faz uso de suporte ventilatório. Esses dados serão obtidos através do prontuário do paciente. A terceira e última parte indicará dados do perfil farmacoterapêutico, tais como: se possui alergia a algum tipo de medicamento; se o paciente faz uso de medicamento(s) para sintoma(s) da SPP; se o paciente tem outras comorbidades e, se faz uso de medicação; se faz uso de medicação sem prescrição; se consome bebida alcoólica; se o paciente fuma (uso de nicotina); se o paciente faz uso de café (cafeína); se faz uso de outros fármacos.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.615.206

Esses questionamentos e outros estão detalhados no Apêndice B. Esse formulário será submetido a um pré-teste antes do início da coleta de dados com 05 de pacientes, com a finalidade de validá-lo, objetivando identificar falhas na formulação das questões e registro dos dados. Para verificação do grau de adesão farmacoterapêutica será aplicado o teste Morisky-Green modificado conforme Anexo A; que permite a avaliação do paciente de SPP frente à utilização correta dos medicamentos prescritos para a sintomatologia de SPP e/ou comorbidades. As questões baseiam-se no esquecimento, descuido, negligência ou interrupção do medicamento pelo usuário, sendo elaboradas de forma a minimizar o viés das respostas positivas. Pela natureza dessas questões, pode-se então discriminar se a eventual não adesão é devido ao comportamento intencional ou não intencional, ou ainda, a ambos os tipos de comportamentos (Sewitch et al., 2003).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE 2- outros documentos: a)- carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP (Pasta: Outros-Submissão 1; Documento: Coep.pdf)
- 3- O roteiro do questionário/entrevista está anexado no final do projeto detalhado

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº 1.550.932 de 18/maio/2016, conforme os seguintes questionamentos:

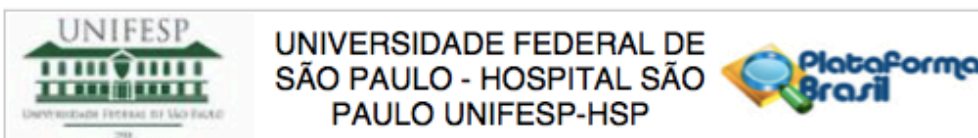
1- Em relação ao TCLE:

A) Retirar a palavra 'Anexo' do cabeçalho do documento –

Resposta: Conforme indicado, foi retirado a palavra "Anexo" do cabeçalho do documento "TCLE", podendo ser percebido na folha 1/2 do documento "TCLE".

B) Iniciar o documento na forma de convite ("Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo....") e redigir todo o texto dirigindo diretamente ao participante (ex: 'Em qualquer etapa do estudo é garantido, a você (e não: 'ao participante'), acesso aos profissionais...') –

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.615.206

Resposta: De acordo com a orientação, o texto do "TCLE" foi iniciado em forma de um convite como pode ser observado na folha 1/2 no 1º parágrafo e todo o texto foi redigido com o pronome pessoal "você", sendo escrito diretamente para o participante/leitor do TCLE.

C) Todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE –

Resposta: O TCLE foi feito em duas folhas e foram numeradas, conforme designado (1/2 e 2/2) no lado superior direito do documento "TCLE".

E no 3º Parágrafo da folha 2/2 foi redigido no texto conforme solicitado, para que o participante e pesquisador rubricasse e assinasse as folhas no momento da aplicação do TCLE.

D) Separar o texto que se refere ao pesquisador dando informações ao participante (toda a parte inicial), do texto (parte final) que se refere à declaração do participante de concordância com o estudo – separar, por exemplo, com um subtítulo: 'Declaração do participante'.

Resposta: De acordo com a solicitação, o texto do TCLE, na folha 2/2 a partir do 4º parágrafo pode ser observado que foi realizado a separação em seção, com um subtítulo – Declaração do participante referente a concordância com o estudo e outro subtítulo para Declaração do pesquisador referente a aquisição de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante.

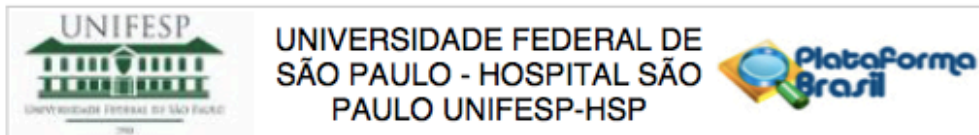
CEP-UNIFESP: Novo TCLE apresentado adequadamente, contemplando os itens da Resol CNS 466/12.PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos .

Parecer acatado "ad ref" pelo coordenador

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.615.206

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_688231.pdf	15/06/2016 22:59:30		Aceito
Outros	CartaResposta.docx	15/06/2016 22:57:26	Mônica de Souza Brito Conti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2016 22:53:56	Mônica de Souza Brito Conti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/05/2016 19:57:06	Mônica de Souza Brito Conti	Aceito
Outros	Coep.pdf	10/05/2016 19:48:43	Mônica de Souza Brito Conti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	10/05/2016 19:40:07	Mônica de Souza Brito Conti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Junho de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

ANEXO B

Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital São Paulo
Hospital São Paulo-Hospital Universitário
UNIFESP

Ofício CoEP do HSP-HU/UNIFESP nº 192/2016

São Paulo, 28 de abril de 2016.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira
Orientador da Pesquisa

Prezado Professor,

A Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital São Paulo-HU/UNIFESP, está de acordo com a realização do Projeto de Pesquisa intitulado: **"Perfil Farmacoterapêutico de Pacientes atendidos no Ambulatório de Doenças Neuromusculares da UNIFESP"** da pesquisadora MÔNICA DE SOUZA BRITO CONTI.

O estudo será realizado no Ambulatório de Doenças Neuromusculares da UNIFESP.

Lembramos que toda pesquisa clínica só poderá ter início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIFESP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Reinaldo Salomão
Coordenadoria de Ensino e Pesquisa
Hospital São Paulo/Hospital Universitário da UNIFESP

ANEXO C – Questionário Morisky-Green Modificado

Questionário Morisky-Green Modificado

Perguntas	Pontuação
1. Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?	<input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?	<input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
3. Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar o seu remédio?	<input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
4. Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?	<input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
Na ocorrência de pelo menos uma resposta Sim, aplicar as duas questões seguintes.	
	Motivação Conhecimento
5. Você sabe os benefícios a longo prazo de tomar seus remédios conforme dito pelo seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Às vezes você esquece de repor seus remédios prescritos em tempo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não