



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO ABUSO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS PELOS IDOSOS DA USF DRA IRACEMA PETRI, EM BARRA BONITA – SP

ÍISIS FIORELLO DE OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): Alexandre Luiz Affonso Fonseca

Barra Bonita

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
4 MÉTODO	8
4.1 Local	8
4.2 Participantes	8
4.3 Ações	8
4.4 Avaliação e Monitoramento	9
5 RESULTADOS ESPERADOS	10
6 CRONOGRAMA	11
7 REFERÊNCIAS	12
ANEXOS	15

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é realidade no Brasil e no mundo. Dados do Censo Demográfico de 2010 demonstram que a porcentagem de idosos atingiu 11,3% da população. Como consequência do prolongamento da expectativa de vida, há um aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas com presença de dor. Além disso, a dor também está mais presente no mundo moderno em decorrência dos novos hábitos de vida e do baixo limiar de tolerância ao sofrimento (TEIXEIRA et al., 2001).

A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (KANNER, 1998). Ela, por ser uma experiência subjetiva e pessoal, envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados por variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio.

Aquela definida como persistente ou crônica, tem duração maior que seis meses e seu caráter é contínuo ou recorrente (MERSKEY, 1986). Neste caso, perde a função de manter a homeostase e de ser sinal de alerta e acaba causando comprometimento funcional, incapacidade progressiva e aumento dos gastos públicos (MARTINEZ et al., 2004).

Segundo Karp et al. (2008), a experiência da dor em idosos pode ser bastante diferente de outras faixas etárias, já que neles, há diminuição da capacidade de responder de forma eficaz ao estresse causado pela dor persistente e aumento da sensibilidade à dor, tudo isso decorrente das alterações cerebrais inerentes do envelhecimento humano, do isolamento social e dos sintomas depressivos comuns nessa idade. Portanto, intervenções para incentivar o autocontrole da dor e tratar a depressão podem ser úteis para a melhoria dos sintomas e da resposta às terapias médicas e complementares.

Estes indivíduos estão expostos a afecções crônico-degenerativas causadoras de dor, principalmente osteoartrites (OA), pronunciadas pelo aumento da obesidade, sedentarismo e pela grande frequência de trabalho braçal entre indivíduos de baixa renda durante o período em que estão ativos economicamente. Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje esta enfermidade e é uma das causas mais frequentes de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo (COIMBRA et al., 2002).

De acordo com Rianon et al. (2015), a terapia medicamentosa analgésica é a intervenção mais comum no controle da dor persistente, a qual envolve, em larga escala, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES). Estes, por sua vez, estão associados à alta morbidade, principalmente nestes pacientes que possuem outros problemas de saúde tão frequentes como Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) (ADAMS et al., 2011).

Alguns de seus efeitos adversos são: insuficiência renal e uremia que levam a retenção de sódio e por fim, aumento da pressão arterial e eventos cardiovasculares, além de úlceras em trato gastrointestinal e hemorragias (FINE, 2013). O grande problema é que, grande parte desses indivíduos que passam pela experiência da dor, tem a necessidade de alívio rápido dos seus sintomas e dessa forma, acabam recorrendo à automedicação.

A automedicação é o uso de medicamentos sem prescrição médica, quando o próprio paciente decide qual fármaco utilizar, aconselhado em sua maioria por pessoas não

habilidades. Como esclarece Vitor et al. (2008), fatores como a familiaridade com o medicamento, experiências positivas anteriores, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, relação médico-paciente pobre e facilidade de compra contribuem para a automedicação. Tal prática pode ser muito prejudicial por gerar reações alérgicas, intoxicações e interações medicamentosas desconhecidas pelo leigo (LOYOLA FILHO et al., 2005) principalmente nos idosos que são frequentemente expostos à polifarmacoterapia, ingerindo em média dois a cinco medicamentos ao dia (TELLES; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013). Além disso, Flores e Benvegnú (2008) reforçam que o envelhecimento leva a alterações funcionais orgânicas, acarretando mudança na farmacocinética dos medicamentos, como por exemplo, dificuldade na excreção renal e na metabolização hepática.

O médico da atenção primária, portanto, deve cada vez mais utilizar a racionalidade da terapia medicamentosa na saúde do idoso, priorizar a escuta, avaliar riscos-benefícios, considerando todas as problemáticas envolvidas como questões físicas, psíquicas, grau de escolaridade e do entendimento a cerca de sua situação de saúde, sempre os envolvendo nas tomadas de decisão (MAKRIS et al., 2014). Nesse contexto é que entra a medicina alternativa e complementar com todas as suas diferentes facetas, como uma forma de gerir a dor crônica. Ela consegue trabalhar tanto na própria condição da dor, promovendo alívio, quanto na saúde mental, melhorando as crenças relacionadas à dor, pensamentos e comportamentos de enfrentamento, gerando um impacto significativo no bem estar geral. Isso acontece à medida que o indivíduo se movimenta, interage com outras pessoas, sai da rotina, relaxa, sente-se saudável e cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Orientar os idosos da ESF Dra Iracema Petri do município de Barra Bonita – SP sobre os problemas associados ao uso abusivo de anti-inflamatórios e ensiná-los medidas alternativas para o controle da dor.

2.2 Específico(s)

1. Desenvolver atividades complementares para melhoria dos problemas osteoarticulares e alívio das dores crônicas como aulas de yoga, massagens, alongamentos e relaxamentos.
2. Promover palestras e distribuir folhetos para os pacientes com mais de 60 anos, informando sobre os riscos gerados ao uso crônico de anti-inflamatórios.
3. Organizar curso de atualização em dor com médicos da rede básica do município para discutir formas de otimização de analgesia para idosos, a fim de evitar a prescrição desenfreada de anti-inflamatórios.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos brasileiros observaram alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos, variando entre 51% e 67%. Embora a dor não apareça como fator direto de dependência e morte em muitos estudos, algumas pesquisas epidemiológicas comprovaram a interferência da dor em aspectos da vida e relacionaram-na com limitações funcionais nas atividades de vida instrumental e diária (KEMP; ERSEK; TURNER, 2005).

O estudo feito por Dellaroza et al. (2013) mostrou que os locais com maior número de queixas foram: região lombar, membros inferiores e superiores. Era diária para quase 50% dos idosos e possuía intensidade moderada para 45,8% e forte ou muito forte para 46% deles.

A prevalência do uso de AINES para tratamento de dor crônica na população adulta dos Estados Unidos da América foi estimada em 95% (RASU et al., 2013) e em prescrições para analgesia, cerca de 8 a 13% tinham AINES como medicação (PAULOSE-RAM et al., 2013). Na Espanha, um estudo de Lanas et al. (2011) com 17 mil pacientes portadores de osteoartrite, identificou que aproximadamente 80% usaram AINES para alívio da dor.

Em relação à prevalência da automedicação, estudo dos EUA realizado com amostra representativa da população verificou que 42% usavam, no mínimo, um medicamento sem receita (QATO et al., 2008). No sul da Austrália, encontraram valor de 17% em 2000-2001 e de 35,5% em 2003-2004 (GOH et al., 2009). No Brasil, estudo realizado em Bambuí - Minas Gerais, verificou prevalência de 17% (LOYOLA et al., 2005) e, no Município de Salgueiro - Pernambuco, 60% dos idosos entrevistados praticavam a automedicação (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

No que se refere aos fatores associados à automedicação em idosos, estudos têm apontado maior consumo entre as mulheres. Entre os que apresentam relação inversa estão: melhor nível socioeconômico, plano de saúde e maior número de consultas médicas. Entretanto a automedicação movimentou perto de oito bilhões de reais em 2008, correspondendo a 30% de todo mercado farmacêutico no Brasil (TELLES; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013). Por isso há dificuldade em restringir a venda de AINES à apresentação de receituário médico.

Na revisão sistemática conduzida por Nderitu et al. (2013) com indivíduos acima de 45 anos sem comorbidades, foi observado que, doses regulares de AINES não aumentaram significativamente o risco de progressão de doença renal crônica, isso acontece quando há uso de doses altas. Por outro lado, quando acompanhados pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, concluiu-se que existe uma relação positiva entre o uso de AINES e risco aumentado para Doença Renal Crônica (DRC). Considerando os efeitos adversos gastrointestinais, pode-se associar o uso de AINES ao aumento do risco de sangramentos altos ou baixos principalmente em indivíduos com história de úlceras pépticas e doença diverticular crônica também extremamente comuns em idades avançadas (STRATE et al., 2011).

A DRC apresenta-se como um problema de saúde pública crescente em todo o mundo, com uma prevalência de 11% na população adulta norte-americana (PENA et al., 2012). Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC são os portadores

de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, idosos e pessoas com história familiar de nefropatia. Estima-se que, atualmente, 25,5% das mulheres e 20,7% dos homens maiores de 18 anos tem diagnóstico de HAS e 6% relatam ser portadores de DM2, o que configura um risco de desenvolvimento de nefropatia de cerca de 20% (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Indivíduos com DRC, por sua vez, muitas vezes não estão cientes da própria condição e também não sabem que os AINES devem ser evitados. Além disso, são em sua maioria idosos que possuem outras condições que levam ao maior uso dessas medicações, principalmente osteoartrites, que são muito mais limitantes do que a DRC em si, assintomática nos seus estágios iniciais (PLANTINGA et al., 2011).

Dessa forma, de acordo com Fine (2013), o ideal é limitar o uso de AINES, quando necessário, à menor dose e ao menor tempo possível, mas o mais importante é buscar medidas não farmacológicas. A introdução destas medidas, nesses casos, pode ser grande adjuvante no controle da dor, com práticas baseadas na Medicina Alternativa e Complementar (MAC).

O National Center of Complementary and Alternative Medicine (2002), citado por Braz et al. (2011), define a MAC como intervenções médicas não rotineiramente prescritas por clínicos da medicina Ocidental. O NIH (National Institutes of Health) classifica este tipo de prática médica em cinco grupos: 1) medicina alternativa: medicina tradicional chinesa (incluindo acupuntura), medicina naturopática, *ayurvedica* ou homeopatia; 2) terapias com bases biológicas, incluindo fitoterapia, suplementação dietética e tratamento biológico individual - este último não aceito pelo FDA; 3) terapias energéticas como Reike, toque terapêutico e terapia magnética; 4) sistemas baseados em manipulação corporal: quiropraxia, osteopatia e massagens; 5) intervenções corpo/mente, como meditação, relaxamento, *biofeedback* e hipnoterapia.

Segundo Adams et al. (2011), o uso de medicina alternativa e complementar é crescente entre adultos. Entre os maiores de 65 anos, 30% a 69% relataram uso a fim de melhorar a saúde geral e tratar comorbidades. Entre as várias razões, a artrite foi a razão mais citada (CHEUNG; WILMAN; HALCON, 2007). No guideline de 2012 do American College of Rheumatology já existe a recomendação de que pacientes com OA devem participar de programas de Tai Chi Chuan e serem tratados com acupuntura Chinesa (HOCHBERG et al., 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Unidade de Saúde da Família Doutora Iracema Petri. Município de Barra Bonita – SP.

4.2 Participantes (público-alvo)

Participantes: Profissionais da área da saúde: médicos, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas e educadores físicos.

Público-alvo: Pacientes idosos com dores crônicas.

4.3 Ações

- Treinamento dos profissionais: Será realizado um curso de atualização em dor com médicos e outros profissionais de saúde da rede básica do município com carga horária de 4 horas, a fim de discutir formas de otimização da analgesia para idosos e contemplar a problemática do abuso de anti-inflamatórios.
- Estratégia de divulgação do projeto: Na Unidade de Saúde da Família serão aplicados questionários aos pacientes idosos com consultas agendadas às segundas-feiras, dia da Saúde do Idoso, durante um mês, após passarem pela pré consulta. Nesse questionário estarão presentes informações a serem dadas pelos pacientes como: frequência com que tem dor, intensidade da dor, frequência com que usam medicações para alívio, quais medicações usadas e presença ou não de comorbidades como úlceras gástricas, diabetes ou hipertensão. Esse questionário servirá como rastreio aos pacientes com maior risco ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e com maior benefício à introdução de terapias complementares.
- Processo de implantação do projeto: Após o preenchimento dos questionários, a programação será a distribuição de folhetos pelos agentes comunitários de saúde (ACS), alertando sobre o perigo da automedicação e sobre a importância da consulta médica para a indicação do melhor tratamento para cada paciente. O médico deverá reservar

quinze minutos para uma explanação na sala de espera com esses mesmos pacientes sobre os perigos especificamente relacionados ao uso do AINES, utilizando uma linguagem leiga. Terminado o mês de educação em saúde, iniciará a coleta dos dados dos questionários, que serão analisados a fim de entender o perfil dos idosos e organizar um grupo de aproximadamente vinte pessoas para as atividades, privilegiando aqueles que referiram maiores queixas de dor e uso de medicações. Essas atividades serão organizadas semanalmente, no período da manhã, com ajuda dos alunos de graduação em Educação Física da faculdade e do Centro de Fisioterapia do município. O objetivo será realizar aulas de relaxamento, alongamento e fortalecimento muscular, baseadas no princípio da yoga, com duração de 1 hora.

4.4 Avaliação e Monitoramento

O grupo deverá ser monitorizado mensalmente em relação à melhoria dos sintomas pelo médico. As queixas permitirão verificar se a intervenção necessita ou não de ajustes. No final de três meses, será repassado o mesmo questionário para avaliação de intensidade e frequência de dor e uso de AINES, sempre de forma anônima, orientando os pacientes a serem fiéis em suas respostas para que haja uma interpretação correta da intervenção realizada.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com a intervenção em questão, que haja uma melhor conscientização da população, principalmente dos idosos, a cerca do uso racional de medicamentos e dos problemas relacionados a sua administração sem receita médica. Isso com relação a qualquer tipo de medicação, mas no caso deste trabalho, mais especificamente em relação aos AINES. Os idosos devem aprender a lidar com as dores crônicas que muitas vezes são inerentes do avançar da idade, em sua maioria causada por problemas como osteoartrite, mais conhecida como artrose. A busca por medidas mais naturais para controle da dor e prevenção de piora das lesões é o caminho mais adequado. Após as atividades baseadas no princípio da yoga realizadas com os pacientes, estes poderão dar continuidade aos exercícios em suas casas, apenas com o uso de um colchonete.

Esses mesmos pacientes podem passar seus conhecimentos adquiridos para familiares, vizinhos e com isso propagar informações tão perdidas ao longo do tempo, após a revolução da indústria farmacêutica. É esperado também, que os médicos da atenção primária consigam individualizar ainda mais suas condutas, baseadas na integralidade do cuidado, considerando os riscos e benefícios para cada paciente e que diminuam a prescrição deliberada de anti-inflamatórios, principalmente para pacientes idosos comórbidos, que são a maioria nos atendimentos da rede básica.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação no Comitê de Ética	X	X					
Treinamento da equipe	X	X					
Implantação das Ações		X	X	X			
Monitoramento e ajustes				X			
Análise dos dados				X	X		
Apresentação dos resultados					X		
Acompanhamento do Projeto					X	X	X

7. REFERÊNCIAS

- ADAMS, R. J. et al. *Cause for concern in the use of non-steroidal anti-inflammatory medications in the community — a population-based study*. BMC Family Practice, v. 12, n. 1, p. 1, 2011.
- BRAZ, A. S. et al. *Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia*. Rev. Bras. Reumatol., v. 51, n. 3, p. 269-82, 2011.
- CHEUNG, C.; WYMAN, J.; HALCON, L. *Use of complementary and alternative therapies in community - dwelling older adults*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, v. 13, n. 9, p. 997-1006, 2007.
- COIMBRA, I. B. et al. *Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose)*. Rev. Bras. Reumatol., v. 42, n. 6, p. 371-374, 2002.
- DELLAROZA, M. S. G. et al. *Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade*. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.
- DELLAROZA, M. S. G. et al. *Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE)*. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 2, p. 325-334, 2013.
- FINE, M. *Quantifying the impact of NSAID-associated adverse events*. Am. J. Manag. Care, v. 19, n. 14 Suppl, p. s267-72, 2013.
- FLORES, V. B.; BENVIGNÒ, A. L. *Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil*. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, 2008.
- GOH, L. Y. et al. *Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population*. BMC complementary and alternative medicine, v. 9, n. 1, p. 1, 2009.
- HOCHBERG, M. C. et al. *American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee*. Arthritis care & research, v. 64, n. 4, p. 465-474, 2012.
- KANNER, R. M. D. *Segredos em clínica da dor: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre. Artmed, 1998. 320p.
- KARP, J. F. et al. *Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults*. British journal of anaesthesia, v. 101, n. 1, p. 111-120, 2008.

KEMP, C. A.; ERSEK, M.; TURNER, J. A. *A descriptive study of older adults with persistent pain: use and perceived effectiveness of pain management strategies*. BMC Geriatrics, v. 5, n. 1, p. 1, 2005.

LANAS, A. et al. *Prescription patterns and appropriateness of NSAID therapy according to gastro-intestinal risk and cardiovascular history in patients with diagnoses of osteoarthritis*. BMC medicine, v. 9, n. 1, p.1, 2011.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. *Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí*. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 545-553, 2005.

MAKRIS, U. E. et al. *Management of persistent pain in the older patient: a clinical review*. JAMA, v. 312, n. 8, p. 825-837, 2014.

MARTINEZ, J. E. et al. *Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba*. Acta Fisiátrica, v. 11, n. 2, p. 67-71, 2004.

MERSKEY, H. E. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Pain, 1986.

NDERITU, P. et al. *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review*. Family practice, p. cms086, 2013.

PAULOSE-RAM, R. et al. *Prescription and non-prescription analgesic use among the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)*. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, v. 12, n. 4, p. 315-326, 2003.

PENA, P. F. A. et al. *Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e matriciamento*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.

PLANTINGA, L. et al. *Nonsteroidal anti-inflammatory drug use among persons with chronic kidney disease in the United States*. The Annals of Family Medicine, v. 9, n. 5, p. 423-430, 2011.

QATO, D. M. et al. *Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States*. JAMA, v. 300, n. 24, p. 2867-2878, 2008.

RASU, R. S. et al. *Assessing chronic pain treatment practices and evaluating adherence to chronic pain clinical guidelines in outpatient practices in the United States*. The Journal of Pain, v. 14, n. 6, p. 568-578, 2013.

RIANON, N. et al. *Persistent nonmalignant pain management using nonsteroidal anti-inflammatory drugs in older patients and use of inappropriate adjuvant medications*. Drug, Healthcare and Patient Safety, v. 7, p. 43, 2015.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. *Doença Renal Crônica: Definição, epidemiologia e classificação*. J. Bras. Nefrol., v. 26, n. 3, supl. 1, p. 1-3, 2004.

SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. *Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE*. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

STRATE, L. L. et al. *Use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding*. Gastroenterology, v. 140, n. 5, p.1427-1433, 2011.

TEIXEIRA, M. J. et al. *Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética*. Revista de Medicina, v. 80, n. spe1, p. 1-21, 2001.

TELLES FILHO, P. C. P.; ALMEIDA, A. G. P.; PINHEIRO, M. L. P. *Automedicação em idosos: um problema de saúde pública*. Revista Enfermagem UERJ, v. 21, n. 2, p. 197-201, 2013.

VITOR, R. S. et al. *Padrão de consumos de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS*. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 13, p. 737-743, 2008.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DOR E PRESENÇA DE COMORBIDADES

Nome:

Endereço:

Telefone:

1) Faça um X na alternativa correta:

A) Tem idade maior ou igual a 60 anos Sim () Não ()

2) Faça um X na alternativa correta:

A) Tem hipertensão? Sim () Não ()

B) Tem diabetes? Sim () Não ()

C) Tem ou teve úlcera no estômago? Sim () Não ()

D) Tem artrose? Sim () Não ()

E) Não sabe informar ()

3) Faça um X na alternativa correta:

A) Tem alguma dor recorrente em “ossos ou juntas”? Sim () Não ()

B) Teve dor no último mês? Sim () Não ()

C) Tomou algum remédio por conta própria pra essa dor? Sim () Não ()

D) Se respondeu SIM na resposta acima: qual remédio tomou? _____

4) Faça um X se tiver algum remédio que tome com frequência:

A) Diclofenaco ()

B) Nimesulida ()

C) Cetoprofeno ()

D) Piroxicam ()