



Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Trabalho de Conclusão de Curso



Edgar Vágner Bezerra Silva

**O IMPACTO DA LEGISLAÇÃO SOBRE AS PRESCRIÇÕES DE
ANTIMICROBIANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA-PB.**

João Pessoa – PB

Abril de 2013

Edgar Vágner Bezerra Silva

**O IMPACTO DA LEGISLAÇÃO SOBRE AS PRESCRIÇÕES DE
ANTIMICROBIANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora:

Profa. Dra. Zélia Braz Vieira da Silva Pontes

João Pessoa – PB

Abril de 2013

Edgar Vágner Bezerra Silva

**O IMPACTO DA LEGISLAÇÃO SOBRE AS PRESCRIÇÕES DE
ANTIMICROBIANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Profa. Dra. Zélia Braz Vieira da Silva Pontes
Orientadora

Profa. Ms. Núbia Kelly Rodrigues Ribeiro
Examinadora

Prof. Ms. Pablo Queiroz Lopes
Examinador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3. OBJETIVOS	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSSÃO	31
7. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	40

RESUMO

O uso irracional de antimicrobianos ocasiona sérias implicações como a resistência microbiana. A ANVISA, no intuito de controlar o uso indiscriminado de antibióticos publicou, em 2010, a RDC nº44, que estabelecia a retenção da receita e normas para prescrição. Objetivou-se analisar as prescrições de antimicrobianos dispensados em uma unidade de saúde no município de João Pessoa, antes e após a obrigatoriedade da legislação, de modo a conhecer o total de antibióticos dispensados, a frequência de cada um destes e dos critérios exigidos nas prescrições, como: concentração do medicamento, posologia, duração do tratamento, via de administração do medicamento, nome genérico e forma farmacêutica, para verificar o impacto desta resolução sobre as prescrições da referida unidade de saúde. Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo retrospectivo por meio da análise das prescrições de antimicrobianos dispensados entre os meses de outubro de 2010 e janeiro de 2011. Após a obrigatoriedade da legislação houve diminuição de 1,3% na quantidade total de antibióticos dispensados, observou-se uma diminuição significativa de prescrições contendo a amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão e um aumento significativo de cefalexina 500mg comprimido, e em relação aos critérios analisados nas prescrições, observou-se que não houve impacto significativo sobre a forma de prescrever. Concluiu-se que os prescritores não cumprem as diretrizes legais exigidas e que existe a necessidade da implementação de estratégias que reforcem o benefício de uma prescrição adequada, para que o medicamento seja dispensado e utilizado corretamente.

Palavras-chave: Prescrição, Antimicrobianos, RDC 44/10.

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que a metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada e que a metade dos pacientes não tomam seus medicamentos corretamente. (OMS, 2000)

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da assistência farmacêutica (AF). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do sistema único de saúde (SUS) como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional. (BRASIL, 1998)

Dentre as diversas estratégias na área da utilização e monitorização do uso de medicamentos, destacam-se os estudos de hábitos de prescrição médica. Os prescritores exercem um importante papel na promoção do uso racional de medicamentos, de modo que a análise de seus hábitos de prescrição proporciona o conhecimento de aspectos da qualidade da terapia. Conseqüentemente, permite identificar problemas, implantar medidas corretivas e educativas e avaliar o impacto da adoção dessas medidas (WHO, 2001).

Os antibióticos se destacam entre os fármacos com maior consumo pela população, representando uma classe terapêutica de extrema importância na clínica, tendo em vista a sua aplicabilidade contra as bactérias e a relação do uso indiscriminado destes medicamentos com a resistência bacteriana. Tal fato tornou-se tão relevante ao ponto de a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicar a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 44 que entrou em vigor em outubro de 2010, a qual estabelece normas para as farmácias e drogarias só dispensar antibiótico com retenção de receita. Uma das causas de tal situação consiste no surgimento de resistência microbiana, que proporcionou a morte de diversos brasileiros neste ano. Esta é uma problemática que afeta a saúde individual e coletiva.

Para que se possa aplicar estratégias no sentido de promover o uso racional de medicamentos, com conseqüente melhoria na qualidade de vida da população, maior efetividade e eficiência dos gastos públicos municipais com antibióticos, este estudo se propõe a uma análise das prescrições de antimicrobianos em uma unidade de saúde da família do município de João Pessoa-PB.

2. Fundamentação teórica

2.1 Uso racional de medicamentos

Define-se “uso racional de medicamentos” quando os pacientes recebem o medicamento adequado às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes às suas necessidades individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade (OMS, 1985).

Segundo Le Grand et al., (1999), o uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes conseqüências econômicas. Ainda segundo os mesmos autores, tem sido estimado que a prescrição incorreta possa acarretar gastos de 50 a 70% mais altos dos recursos governamentais destinados a medicamentos. Entretanto, quando utilizados apropriadamente, os medicamentos são os recursos terapêuticos mais freqüentemente custo-efetivos. (McISAAC et al., 1994)

Alguns tipos freqüentes de uso irracional de medicamentos são o uso demasiado de medicamentos pelos pacientes (polifarmácia), o uso inadequado de medicamentos antimicrobianos, muitas vezes em doses incorretas, para infecções não bacterianas (víruses), o uso excessivo de injeções em casos nos quais seriam mais adequadas formulações orais e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (OMS, 2002b).

Conceitua-se erro de medicação como sendo qualquer evento evitável que pode causar dano ao paciente ou dar lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob o controle dos profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor (BLENKINSOPP; BRADLEY, 1996). Winterstein *et al*, (2004), mostraram que 72% dos erros de medicação foram iniciados durante a prescrição, seguidos pela administração (15%), pela dispensação (7%) e pela

transcrição (6%), demonstrando que esses incidentes podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos, aos procedimentos ou aos sistemas, incluindo falhas na prescrição, comunicação, rótulo, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso dos medicamentos. (WINTERSTEIN et al., 2004)

Frente à assistência farmacêutica, destaca-se o recebimento, a compreensão e a correta dispensação da prescrição médica como sendo um papel importante do profissional dessa área. Isso se deve ao fato de que a prescrição é uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, definindo como o fármaco deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado. É documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve (médico) e quem dispensa a medicação (farmacêutico), estando sujeito à legislação de controle e vigilância sanitários (ROCHA, 2004).

Atualmente, os eventos adversos relacionados à assistência, especialmente os erros, são cada vez mais conhecidos, discutidos e julgados em tribunais. A assistência à saúde passou a ser uma forma de prestação de serviços sujeita às leis contratuais, e suas conseqüências, às áreas cível e penal. Além disso, a formação dos profissionais que lidam com vidas humanas é fortemente marcada pela busca de infalibilidade, iniciando-se aí a extrema dificuldade de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais em lidar com o erro humano nas organizações de saúde (ROSA; PERINI, 2003).

Para que se possam aplicar estratégias adequadas no sentido de promover o uso racional de medicamentos é necessário conhecer, através da supervisão de prescrições, da dispensação e do uso pelos pacientes, o tipo de uso irracional (problemas específicos), o volume (dimensão do problema) e os motivos pelos quais se utilizam de modo irracional os medicamentos “muitas vezes existem razões perfeitamente racionais para utilizar os medicamentos de forma irracional” (OMS, 2002b).

Sempre que se prescrevem ou recomendam fármacos, existem riscos potenciais de reações adversas. Estas se constituem em importante problema para a área de saúde, determinando sofrimento e piora da qualidade de vida, perda da confiança nos médicos, necessidade de exames para diagnósticos, tratamentos adicionais e dificuldades no manejo de diferentes condições clínicas, além de aumento de custos, número de hospitalização, tempo de permanência no hospital e,

eventualmente, mortalidade. E ainda, seu aparecimento pode representar uso de mais medicamentos, não só para tratamento de reação adversa em si, mas também como sequência de diagnóstico equivocado de nova patologia (FUCHS et al., 2006).

A prescrição é um documento legal, pelo qual se responsabiliza quem prescreve e dispensa o medicamento, e por isso envolve questões de âmbito legal, técnico e clínico, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (FUCHS et al., 2006). A qualidade e quantidade do consumo de medicamentos estão sob ação direta da prescrição, sendo que sofre inúmeras influências, que vão desde a oferta de produtos e as expectativas dos pacientes até a propaganda das indústrias produtoras (PEPE; TRAVASSOS, 1995).

Segundo a OMS (1994), a etapa de prescrição pode originar tratamentos ineficientes, agravar ou prolongar as enfermidades, a tensão e os danos ao paciente, além de aumentar os custos. Estudos apontam que 39% dos erros no processo de uso de medicamentos ocorrem na fase de prescrição (LEAPE et al. 1995 apud FEDERICO, 2006).

A normatização da prescrição, no Brasil, deve ser seguida de acordo com Lei 5991/73, que determina as informações mínimas que devem estar presentes nas prescrições, como: nome do paciente, data e endereço da clínica ou consultório, nome do medicamento, concentração, dosagem, posologia, forma farmacêutica, via de administração, frequência, horário de administração, assinatura e registro no Conselho do profissional prescritor, e ainda devem ser legíveis e sem rasuras. Em relação ao nome do medicamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser adotado obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) e na sua ausência a Denominação Comum Internacional (DCI).

A não complementação adequada de alguns desses critérios tanto pode dificultar a avaliação farmacêutica da prescrição como comprometer o cumprimento do tratamento por parte do paciente. Estudo realizado em Brasília evidenciou que entre as prescrições dispensadas em unidades de saúde, os pacientes não conseguiam ler a receita em 56,2% (40%-70%) dos casos e apresentavam bom entendimento sobre a prescrição somente em 18,7% (6,7%-30%) (NAVES; SILVER, 2005). Além disso, justamente essas falhas de informação devem ser analisadas pelo farmacêutico na perspectiva da detecção e correção de eventuais erros de medicação e como referência no fornecimento de informações verbais e escritas aos pacientes.

No Brasil, milhões de prescrições geradas, anualmente, nos serviços públicos de saúde, não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação eficiente e utilização correta dos medicamentos. Isto retroalimenta a demanda pelos serviços clínicos, muitas vezes em níveis mais complexos, diminuindo a relação custo/efetividade dos tratamentos, onerando de forma desnecessária os gastos com saúde e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, as prescrições inadequadas ou mesmo ilegíveis aliadas ao baixo nível socioeconômico-cultural dos pacientes brasileiros são fatores relevantes na exposição das várias camadas que compõem a sociedade, em especial, idosos e crianças, aos possíveis problemas relacionados com os medicamentos (PRM). (MEINERS; BERGSTEN-MENDES, 2001; TEIXEIRA, LEFÉVRE, 2001; LYRA JÚNIOR et al., 2002; NOTO et al., 2002; SANO, 2002)

Uma prescrição adequada ou um tratamento bem escolhido deve conter o mínimo de medicamentos possível. Os medicamentos escolhidos devem apresentar mínimos riscos de efeitos colaterais e contra indicações, ação rápida, forma farmacêutica apropriada, posologia simples e devem ser usados por um curto espaço de tempo (OMS, 1998).

Verificar a qualidade da prescrição é avaliar a qualidade de uma parte dos serviços de saúde prestados, além de ser um registro que pode indicar a satisfação do paciente, estando esta última relacionada à adesão ao tratamento. Também faz parte da adesão o entendimento da prescrição pelo paciente, pois, se este apresentar dúvidas com relação ao que foi prescrito, irá sentir-se desmotivado com o tratamento, podendo alterar a prescrição segundo seu critério ou até deixar de realizá-la. (CARVALHO et al., 1999)

2.1.1 Uso racional de antimicrobianos

Os antibacterianos constituem um grupo de medicamentos amplamente prescritos em atenção primária, ocupando sempre um dos primeiros lugares entre as classes de medicamentos mais utilizadas. O seu uso desnecessário e abusivo, tanto na comunidade quanto no meio hospitalar, tem sido extensivamente descrito na literatura (FIJN et al., 2002).

A Organização Mundial de Saúde aponta alguns fatores que têm contribuído para o aumento da incidência da multirresistência microbiana: pobreza, acesso inadequado aos medicamentos, propaganda de novas drogas, falha terapêutica, medicamentos falsificados, preferência pelo antimicrobiano de largo espectro, deficiência na formação de profissionais de saúde, alimentos contaminados com microrganismos resistentes, a globalização e, finalmente, deficiência na vigilância da epidemiologia intra e extra-hospitalar (CASTRO et al., 2002).

Relata-se que desde a introdução do mais antigo antimicrobiano até os recentes, vem sendo registrada uma pressão seletiva dos microrganismos, causada principalmente pelo uso indiscriminado dos mesmos, resultando no desenvolvimento de espécies resistentes. Acresce-se que a problemática da multirresistência se constitui em ameaça à sociedade, particularmente à indústria farmacêutica, que se encontra sem resposta terapêutica (BLOT et al., 2003).

A Organização Mundial da Saúde preconiza, como uso apropriado de antimicrobianos, o uso eficaz em relação ao custo com o qual se obtém o máximo de efeito terapêutico com o mínimo de toxicidade e de potencial de desenvolvimento de resistência microbiana (WHO, 2001).

Vários fatores influenciam a prescrição inadequada dos antimicrobianos, tais como a falta de conhecimento e expectativas, tanto dos prescritores como dos pacientes, fatores econômicos e culturais, características dos sistemas de saúde dos países e regulamentação ambiental. O uso abusivo e indiscriminado desses medicamentos pode levar à emergência e aumento da resistência microbiana. (FIJN et al., 2002)

O uso inapropriado de antimicrobianos é um problema mundial. Para preveni-lo, são necessárias estratégias de controle em todos os níveis de cuidado e na maioria dos países para que o seu efeito total seja significativo. Diversos estudos têm documentado o uso inadequado de antimicrobianos em situações às quais estes não se aplicam, principalmente nas infecções de origem viral. (CHUNG et al., 2007)

Uma terapia com antibióticos apropriada significa o uso destes com indicação precisa, na dose determinada, tempo de uso especificado e via de administração adequada. Ao escolher um antibiótico, os prescritores devem preocupar-se com os interesses presentes e futuros dos pacientes.

O uso maciço e inadequado de antibacterianos tem implicações no aumento das taxas de resistência microbiana, existindo uma relação direta entre o quantitativo de antimicrobianos usados e a incidência de resistência bacteriana (WOLFF, 1993).

É fundamental, para a promoção do seu uso racional, tanto na atenção individual quanto na saúde pública, atentar para boas práticas de seleção e prescrição destes medicamentos. Estudos de prescrições são uma das estratégias para monitorização do uso de medicamentos e dos hábitos de prescrição. Têm sido descritos erros de prescrição de antimicrobianos que vão desde a indicação não apropriada para infecção a erros técnicos relacionados à duração do tratamento, dosagem, intervalo entre doses e via de administração incorreta. (ABRANTES et al., 2007).

2.2 Legislação para uso de antimicrobianos

Tendo em vista o uso demasiado de antimicrobianos pela população e o perigo da incidência cada vez mais frequente da resistência bacteriana, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no intuito de amenizar os perigos que desta incidência, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 44 que entrou em vigor em outubro de 2010, a qual estabelece normas para as farmácias e drogarias só dispensar antibiótico com retenção de receita, tornando-se assim um medicamento de venda controlada. A resolução da diretoria colegiada – RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010 (RDC 44/10), dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

A RDC 44/10 estabelece o controle para todos os antimicrobianos de uso sob prescrição. Assim, as formas farmacêuticas comercializadas que possuem tarja vermelha e são de venda sob prescrição, deverão obrigatoriamente ser escrituradas no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), incluindo antimicrobianos de uso dermatológico, ginecológico, oftálmico e otorrinolaringológico.

Em relação às prescrições e os cuidados e normas que devem ser seguidos, a RDC 44/10 preconiza no artigo terceiro que “as prescrições somente poderão ser dispensadas quando apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais

devidamente habilitados e contendo as seguintes informações: nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia”.

Todas as empresas que já utilizavam esse sistema bem como aquelas que não o possuem tiveram que realizar a escrituração somente a partir do dia 25 de abril de 2011 (180 dias contados da data de publicação da resolução). Antes deste prazo não é necessária a escrituração no SNGPC, apenas a retenção da receita (receita de controle especial – duas vias), a qual passou a ser obrigatória a partir do dia 28 de novembro de 2010.

As retenções e escriturações de receitas passaram a ser realizadas em todas as farmácias e drogarias, públicas ou privadas, entretanto, somente realizarão a escrituração no SNGPC as farmácias e drogarias privadas. Os medicamentos antimicrobianos podem continuar expostos nas prateleiras. Não será necessário armazená-los em armários ou salas exclusivas.

A RDC 44/10 foi um dos primeiros passos legais com o objetivo de diminuir o uso demasiado e a multiresistência bacteriana gerada pelo uso irracional de antimicrobianos. Porém, no dia 09 de maio a ANVISA publicou no Diário Oficial da União, a RDC 20/2011, que, assim como a RDC 44/10, dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Esta resolução, pelo seu artigo 26, revoga a RDC 44/10.

Basicamente, ficou mantido o mesmo teor da RDC 40/10, continuando o controle sobre as mesmas 119 substâncias constante da RDC 61/10.

Algumas alterações importantes merecem destaque:

1 - Inclusão das unidades públicas que disponibilizam medicamentos mediante ressarcimento.

2 - Expressão de que as unidades públicas e hospitalares que não comercializam medicamentos devem também manter os procedimentos de controle já existentes:

Art.3º As unidades de dispensação municipais, estaduais e federais, bem como as farmácias de unidades hospitalares ou de quaisquer outras unidades equivalentes de assistência médica, públicas ou privadas, que não comercializam medicamentos devem manter os procedimentos de controle específico de prescrição

e dispensação já existentes para os medicamentos que contenham substâncias antimicrobianas.

3 - Definição de que pode ser utilizado receituário comum para a prescrição dos antimicrobianos constantes do anexo:

Art. 5º A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo, portanto modelo de receita específico.

4 - Definiu que a receita não precisa ser exclusiva não estando limitado o número de itens por receita:

Art. 7º A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.

Parágrafo único. Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

5 - Previsão para a reutilização da mesma receita em alguns casos específicos.

6 - A via a ser retida pela Farmácia ou Drograria ficou sendo a segunda e não a primeira, como constava na RDC 44/10:

Art. 9º A dispensação em farmácias e drogarias públicas e privadas dar-se-á mediante a retenção da 2ª (segunda) via da receita, devendo a 1ª (primeira) via ser devolvida ao paciente.

7 - Estabeleceu novo prazo para inclusão das receitas no SNGPC, que foi de 180 dias a partir da publicação da RDC, portanto dia 05/11/2011, bem como, que em localidades desprovidas de internet, poderá ser utilizado o controle da escrituração em Livro de Registro Específico para Antimicrobianos ou por meio de sistema informatizado.

8 - Outra mudança instituída foi a mudança do prazo de guarda das receitas, passando de 5 para 2 anos.

2.3 Unidade de saúde da família

O princípio da universalidade do SUS trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas

de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a ABS toma força na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde. (BODSTEIN, 2002)

O funcionamento das USF se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes.

Essas equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida.

Essas informações servem para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para que cumpram seu objetivo de melhorar as condições encontradas. O cadastro destas famílias é registrado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é, portanto, um sistema de informação que sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação.

Importante perceber que todas essas atividades, desde uma visita domiciliar, uma consulta médica ou de enfermagem, um grupo educativo, o acolhimento e toda e qualquer atividade desenvolvida na USF, estão em sinergia com a filosofia da Vigilância à Saúde.

Do mesmo modo que na Estratégia Saúde da Família (ESF), a equipe da Unidade de Saúde da Família é composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, devem fazer parte tanto nessas equipes quanto nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades laborais, tanto nas unidades quanto na comunidade, devendo ter gosto pelo trabalho em equipe, facilidade no trato com pessoas, habilidade em trabalhar com planejamento e

programação em saúde; capacidade em adaptar-se a situações novas e qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública.

Cada uma das ações desempenhada pelos profissionais que compõem a ESF, antes de se constituir em uma tarefa que finda em si mesmo, faz parte de um projeto maior de Vigilância à Saúde. Nessa lógica é importante refletirmos qual o sentido de uma área adscrita, do acolhimento, da visita domiciliar, da consulta ou de um grupo educativo. Caso estas ações findem em si mesmas e resolvam, ou não, apenas problemas pontuais, e os profissionais envolvidos no processo de cuidar, não transcendam às queixas, foi vã a proposta da integralidade do cuidado e conseqüentemente da Vigilância à Saúde. (FIGUEIREDO, 2006).

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- ✓ Analisar o impacto da legislação sobre as prescrições de antibióticos dispensados na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista, João Pessoa-PB.

Objetivos específicos

- ✓ Analisar as prescrições médicas de antimicrobianos na referida unidade e verificando a presença ou ausência dos critérios: concentração do medicamento, posologia e duração do tratamento, via de administração do medicamento, nome genérico e forma farmacêutica.
- ✓ Contabilizar o número de antibióticos prescritos na Unidade de Saúde.
- ✓ Verificar o impacto da RDC 44/10 nas prescrições destes.

3. METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo retrospectivo desenvolvido na Unidade de Saúde Família Nova Conquista, localizada no bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa – PB. Esta Unidade é composta por quatro equipes de saúde, atende a uma população de 3255 famílias (SIAB 2010) e possui um total de 58 trabalhadores, dentre médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes administrativos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de serviços gerais e vigilantes.

A seleção deste serviço foi baseada no cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Este programa propiciou a vivência e atuação de profissionais farmacêuticos (residentes, tutores e preceptores) na referida unidade e a partir disto, percebeu-se a necessidade de realização de um estudo de utilização de antimicrobianos para a promoção do uso racional de medicamentos neste serviço.

Tendo em vista que o artigo 11 da RDC 44/10 determinou a retenção de receitas de medicamentos antimicrobianos ocorresse a partir de 28 de novembro do mesmo ano (2010), delimitou-se que seriam analisadas as prescrições de dois meses anteriores, outubro e novembro de 2010, e dois posteriores, dezembro de 2010 e janeiro de 2011.

O presente estudo visa analisar todas as prescrições de antimicrobianos realizadas por médicos na referida unidade no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011.

Os critérios pesquisados nas prescrições foram: concentração do medicamento, posologia, duração do tratamento, via de administração do medicamento, nome genérico e forma farmacêutica. Tendo como conceitos:

- Concentração do medicamento é a quantidade de substância(s) ativa(s) ou inativa(s) em determinada unidade de massa ou volume do produto. É um critério analisado com muita atenção, pois boa parte dos erros no tratamento do paciente deve-se a ele. Um exemplo é quando se lê que um medicamento é de concentração 100 mg, quando na realidade seria 10 mg, podendo acarretar um efeito tóxico ao paciente.

- Posologia é a forma de utilizar os medicamentos, ou seja, o número de vezes e a quantidade de medicamento a ser utilizada a cada dia, que varia em função do paciente, da doença que está sendo tratada e do tipo de medicamento utilizado.

A posologia deve ser descrita na receita de maneira clara e completa, para que o usuário possa utilizar os medicamentos, e a farmácia entregar-lhe a quantidade correta para o tratamento completo. A posologia deve trazer o nome genérico, a dose do medicamento em mg, ml, etc., a quantidade, o número de tomadas e o intervalo entre as mesmas. Por exemplo: Captopril 25mg, via oral, 60 comprimidos, tomar um comprimido de 12 em 12 horas.

- Duração do tratamento é uma importante e imprescindível informação que o paciente deve saber, corresponde ao tempo, em dias, em que este deve fazer uso do medicamento prescrito, a fim de obter-se uma resposta satisfatória em relação ao tratamento e medicamento escolhido.
- Via de administração é caracterizada pelo local onde o fármaco é administrado no paciente para posterior absorção para a corrente sanguínea.

A importância está em observar se a via esta de acordo com o tratamento e o fármaco em questão, não sendo aceitos erros como prescrever, por exemplo, um fármaco na forma de comprimido e a via de administração intravenosa.

- Nome genérico é a identificação do medicamento apenas pelo princípio ativo da fórmula.

Quando uma nova substância química é sintetizada por uma empresa farmacêutica, esta substância recebe um nome químico, por exemplo, ácido acetilsalicílico. Durante o processo de investigação oficial da utilidade desta estrutura química para ser usada como fármaco, o órgão oficial do país (no caso do Brasil, a ANVISA e segundo os critérios da OMS) escolhe o nome genérico, independentemente do fabricante, com o objetivo de ser um nome simples, conciso, significativo e comum. Como por exemplo, o ácido acetilsalicílico que recebeu o nome comercial de aspirina.

- Forma farmacêutica é o estado final que as substâncias ativas apresentam depois de serem submetidas às operações farmacêuticas

necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado.

A sujeição das substâncias ativas às operações farmacêuticas deve-se ao fato da maioria das substâncias ativas não poderem ser diretamente administradas ao indivíduo. A escolha da forma farmacêutica depende principalmente: da natureza físico-química do fármaco; do mecanismo de ação; do local de ação do medicamento; da dosagem – quantidade de fármaco na forma farmacêutica. Como exemplos de formas farmacêuticas têm: comprimido, cápsula, drágea, suspensão ou outra forma.

A análise consistiu em observar a presença ou ausência destes critérios nas prescrições e quando estes se encontrarem incorretos, foram classificados como ausentes. Além disso, verificou-se os antimicrobianos que foram mais prescritos no período analisado.

O trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e passará pela autorização do Departamento de Atenção a Saúde da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa-PB.

Os resultados obtidos no presente estudo foram analisados estatisticamente através do programa GraphPad Prism 4.00, empregando-se Análise de Variância (ANOVA) *two way*, seguido do pós teste de Bonferroni, onde os valores são expressos em média \pm erro padrão da média (e.p.m.). Os resultados foram considerados significativos quando apresentaram $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

As prescrições que atendiam os requisitos para a pesquisa, retidas na Unidade de Saúde Família Novo Conquista, localizada no bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa – PB, foram separadas de acordo com a metodologia e analisadas.

No gráfico 1, observa-se que houve uma pequena mudança na quantidade de antibióticos dispensados em relação ao total de prescrições, quando comparamos a porcentagem mensal de prescrições analisadas nos dois meses anteriores e os dois meses posteriores a publicação da RDC 44/2010. Observou-se que nos meses anteriores a legislação, outubro e novembro, as porcentagens foram de 30,2% e 25%, respectivamente. Nos meses posteriores, dezembro e janeiro, as respectivas porcentagens foram 24,3% e 28,3%.

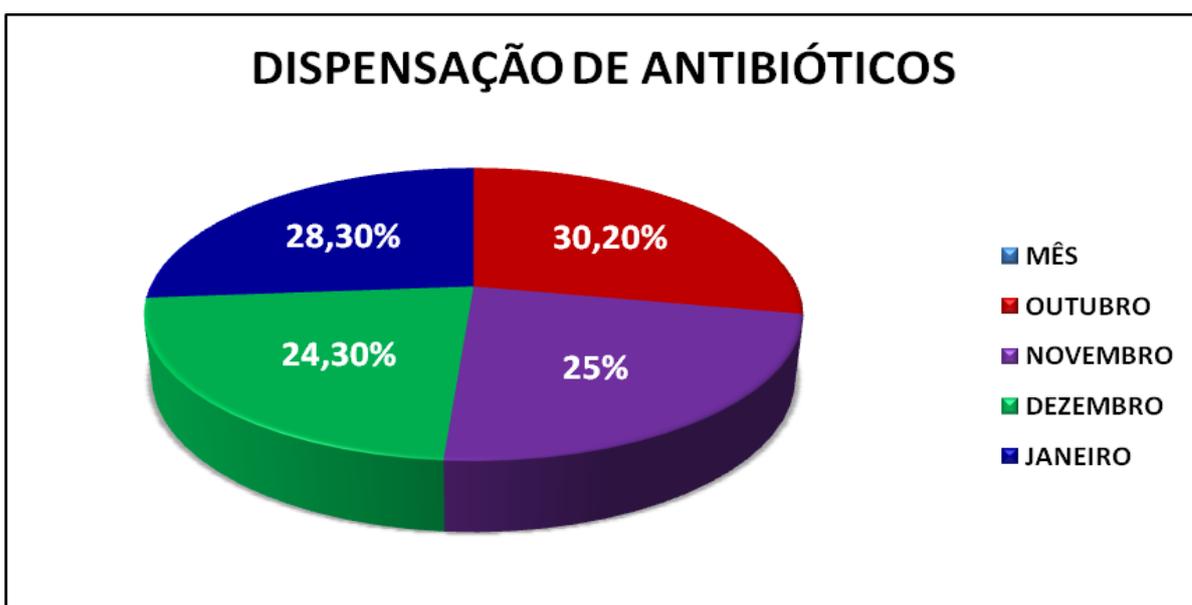


Gráfico 1- Dispensação de antibióticos nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011, em relação ao total de prescrições retidas na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

No gráfico 2, podemos observar que nos dois meses anteriores a legislação, a média de antibióticos dispensados de acordo com o total de prescrições foi de 27,6%, já nos dois meses posteriores foi de 26,3%, uma diferença de apenas 1,3%.

GRÁFICO DAS MÉDIAS
DOS PERCENTUAIS PRONTOS

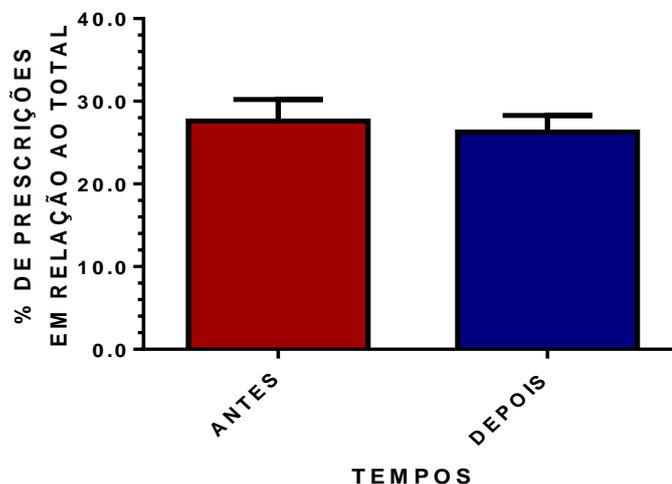


Gráfico 2- Médias das dispensações de antimicrobianos dos meses antes (outubro e novembro de 2010) e após (dezembro de 2010 e janeiro de 2011) a obrigatoriedade da retenção das prescrições, imposta pela RDC 44/10.

A porcentagem por antibiótico dispensado no mês de outubro, destaca-se de 23,5% para a amoxicilina 500 mg cápsula e 13,8% para amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão (Gráfico 3).

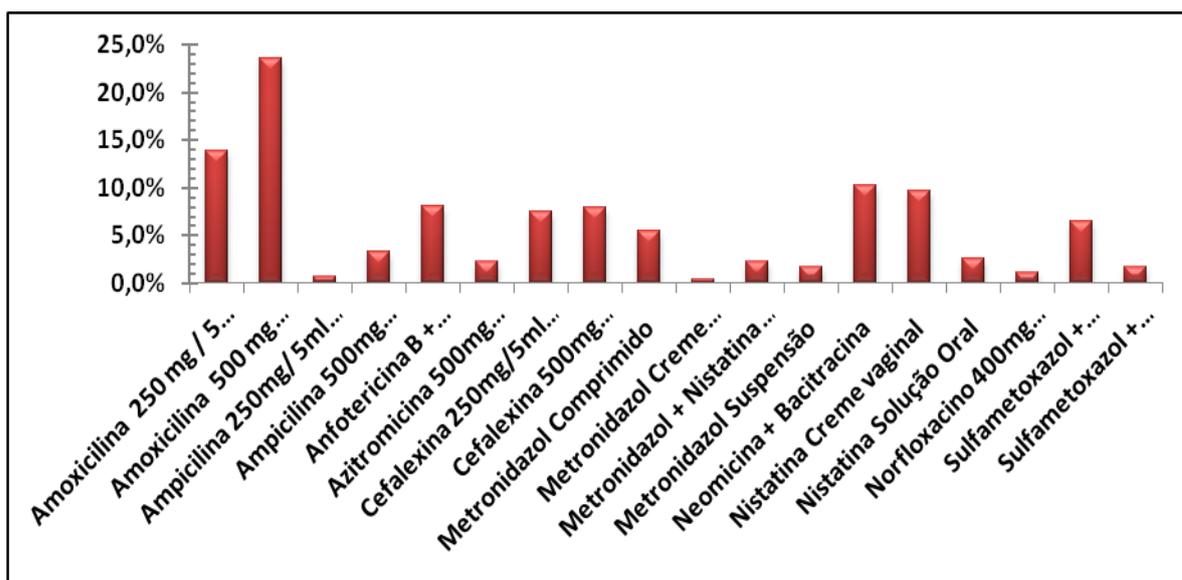


Gráfico 3- Frequência de cada antimicrobiano dispensado no mês de outubro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

No mês de novembro de 2010, 14,9% foi de cefalexina 500mg Comprimido, 14,6 do composto neomicina + bacitracina e 14,3% de amoxicilina 500 mg cápsula (Gráfico 4).

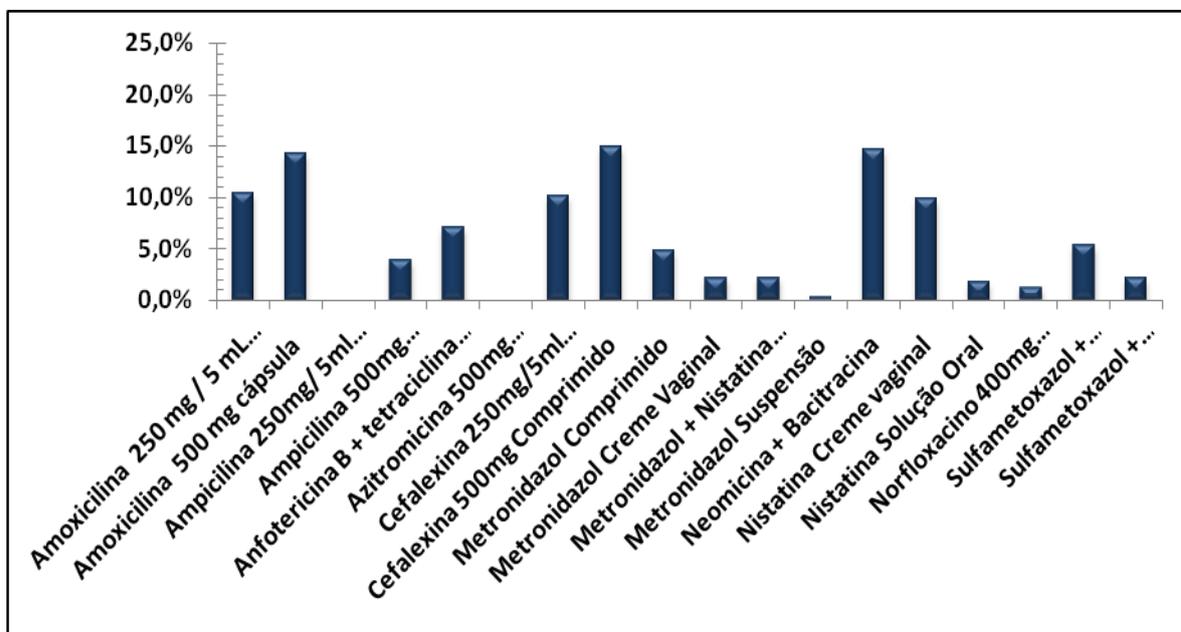


Gráfico 4- Frequência de cada antimicrobiano dispensado no mês de novembro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

Destacaram-se no mês de dezembro de 2010 a cefalexina 500mg Comprimido com 19,5% e a neomicina + bacitracina com 12,6% (Gráfico 5).

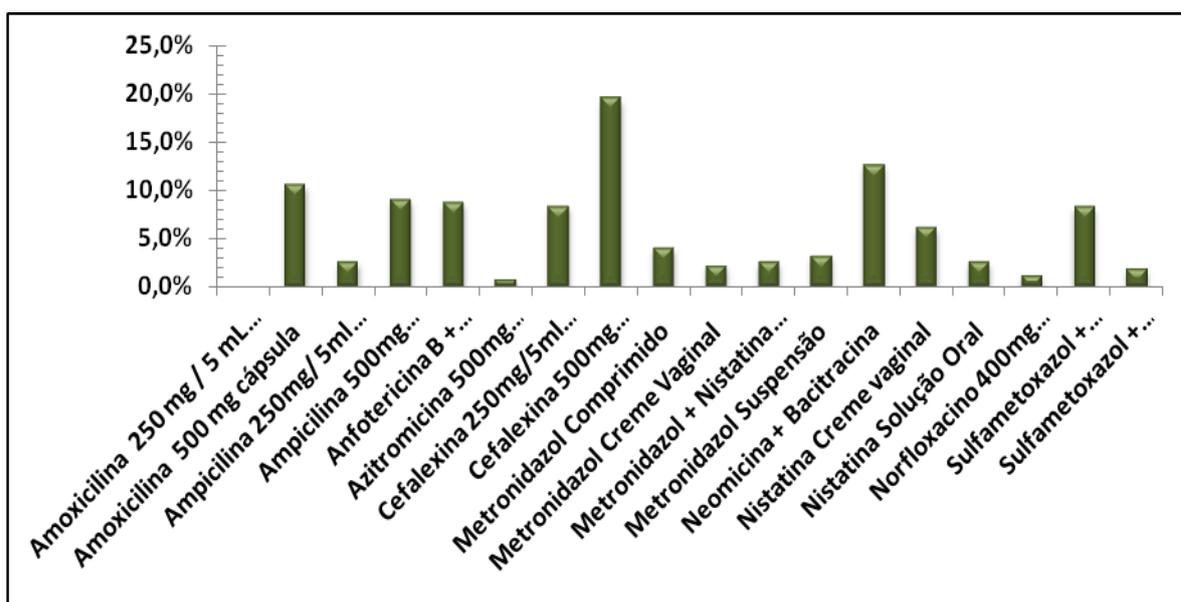


Gráfico 5- Frequência de cada antimicrobiano dispensado no mês de dezembro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

Nos antibióticos dispensados no mês de janeiro de 2011, observa-se dispensação maior de cefalexina 500mg comprimido com 22,7% e amoxicilina 500 mg cápsula com 19,5%.

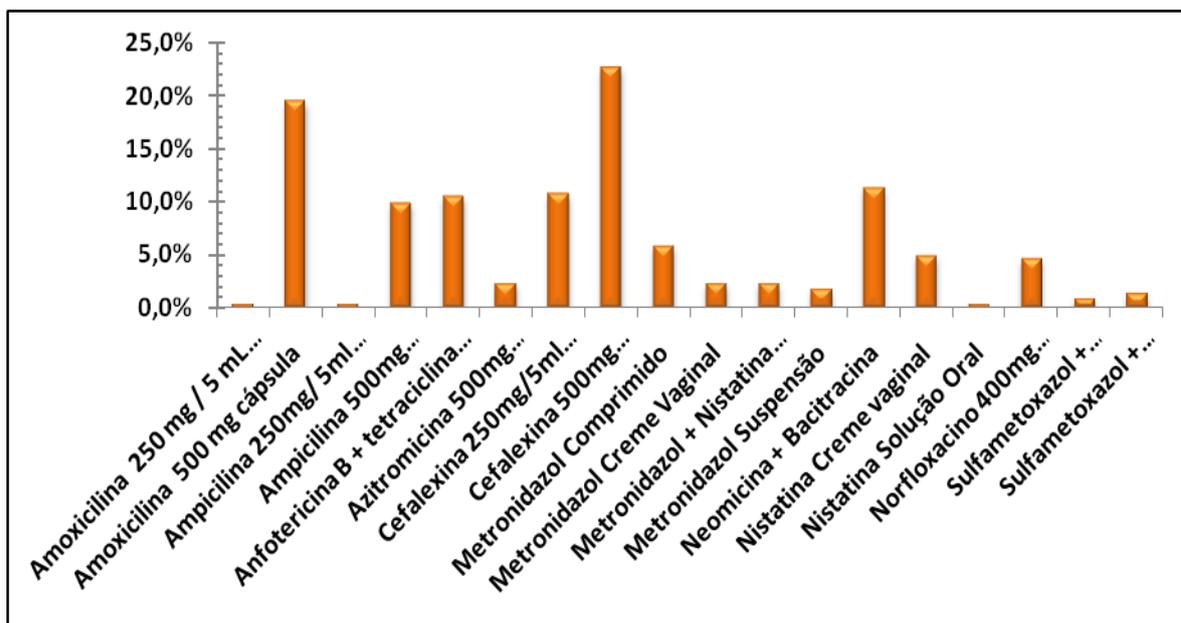


Gráfico 6- Frequência de cada antimicrobiano dispensado no mês de dezembro de 2011 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

O gráfico 7 mostra a comparação entre o número de antimicrobianos, analisados separadamente, dispensados nos dois meses antes da obrigatoriedade da retenção das prescrições imposta pela legislação, no caso outubro e novembro de 2010, com os dois meses após a mesma ter entrado em vigor, no caso dezembro de 2010 e janeiro de 2011. Onde observamos uma diminuição significativa da amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão e um aumento também significativo da cefalexina 500mg comprimido, após a implementação da RDC 44/10.

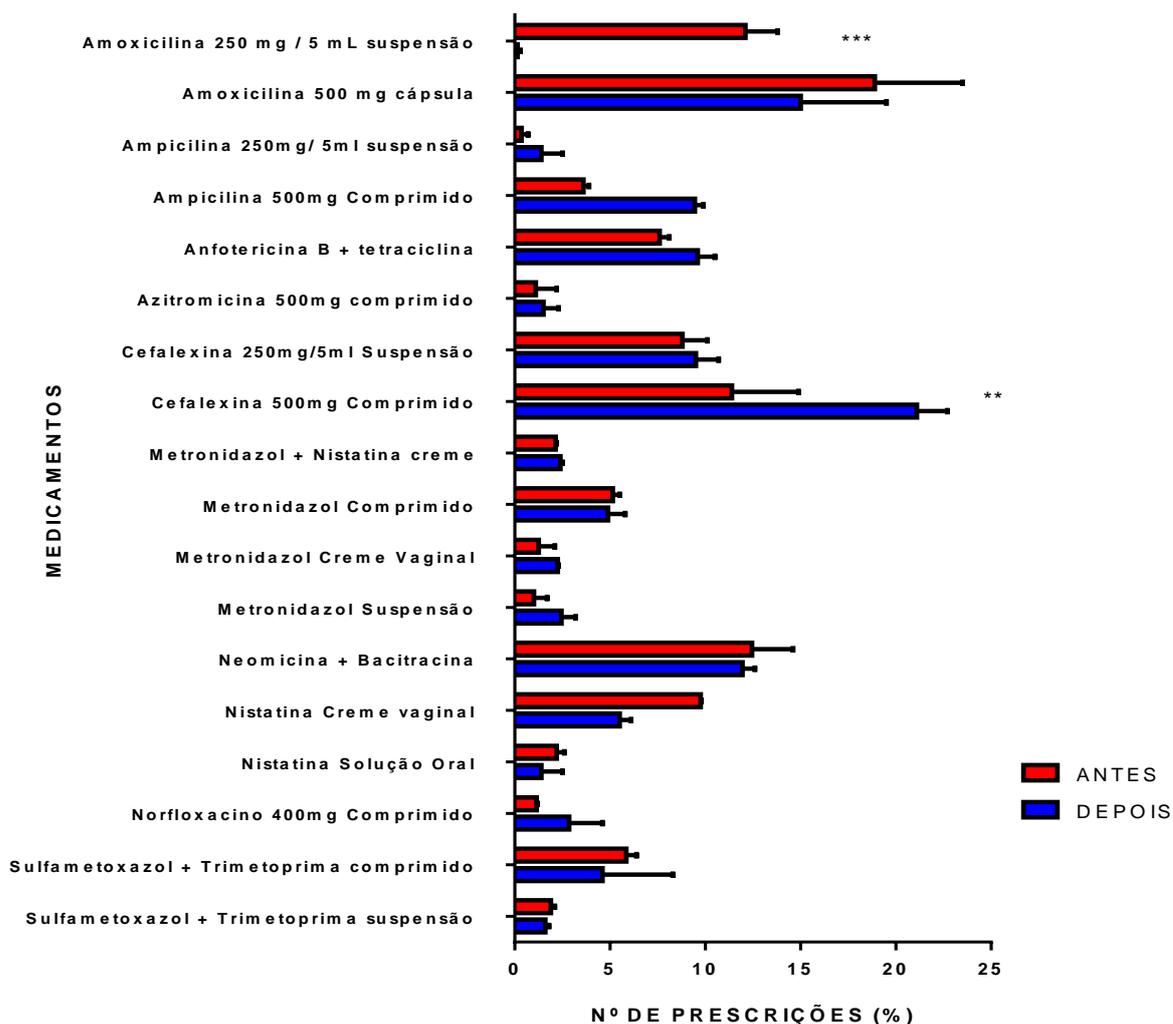


Gráfico 7- Médias da quantidade de antimicrobianos, analisados separadamente, dispensados nos meses antes (outubro e novembro de 2010) e após (dezembro de 2010 e janeiro de 2011) a obrigatoriedade da retenção das prescrições, imposta pela RDC 44/10.

As prescrições também foram avaliadas de acordo com os critérios exigidos pela legislação, levando em consideração os conceitos de concentração do medicamento, posologia e duração do tratamento, via de administração do medicamento, nome genérico e forma farmacêutica expostos na metodologia.

Em outubro de 2010, 44,40% das prescrições, não estava contido a forma farmacêutica do antibiótico prescrito. Em 8% o nome comercial, ao em vez do nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), foi solicitada pelos prescritores. A via de administração do medicamento não estava presente em 12,10% das prescrições. A duração do tratamento e a posologia não foram mencionadas em 46,60% e 5,5%,

respectivamente, das prescrição, 48,30% das prescrições não continham a concentração do antibiótico (Gráfico 8).

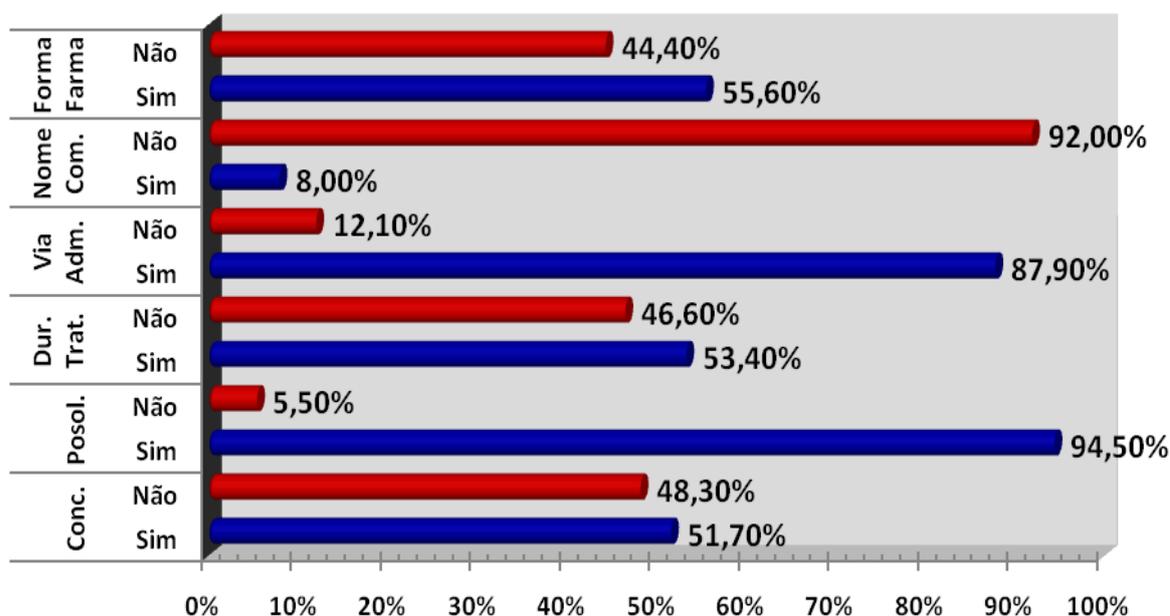


Gráfico 8- Freqüência dos critérios analisados nas prescrições retidas no mês de outubro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

Dos critérios analisados no mês de novembro de 2010, 39,70% das prescrições não continham a forma farmacêutica do antibiótico prescrito e 16% continham o nome comercial, ao em vez do nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de DCB, solicitada pelos prescritores. Em 18,60% das prescrições não continham a via de administração do medicamento. A duração do tratamento e a posologia não foram mencionadas, respectivamente, em 31,50% e 7,30% das prescrições e em 33% não continham a concentração do antibiótico (Gráfico 9).

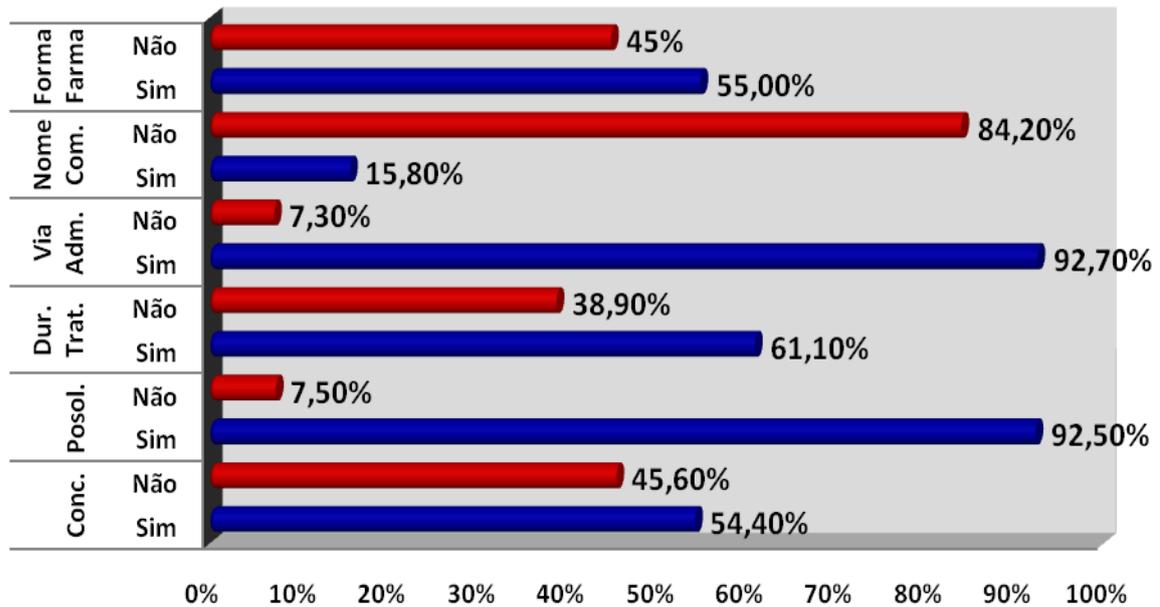


Gráfico 9- Frequência dos critérios analisados nas prescrições retidas no mês de novembro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

No gráfico 10, observa-se os critérios analisados no mês de dezembro de 2010. Em 54,50% das prescrições não foi observado a forma farmacêutica do antibiótico prescrito. Em 10,20% continha o nome comercial, ao em vez do nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de DCB, solicitada pelos prescritores. A via de administração do medicamento em não estava contida em 53,10% das prescrições. A duração do tratamento e a posologia não foram mencionadas, respectivamente, em 54,10% e 4% das prescrições e 51,8% das prescrições não continham a concentração do antibiótico.

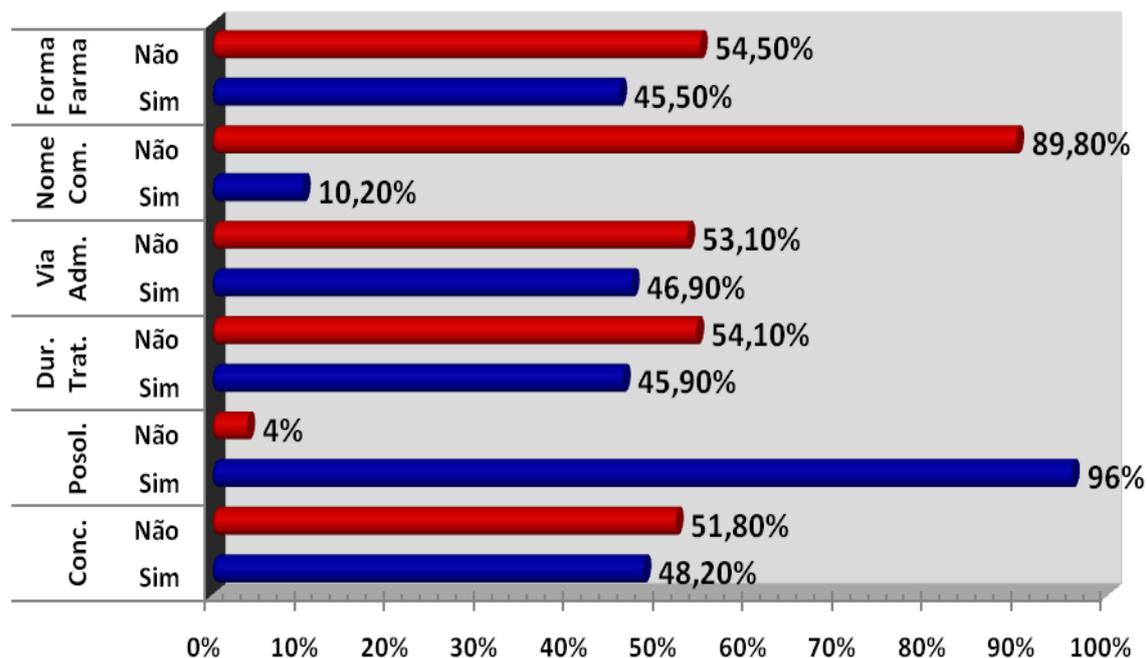


Gráfico 10- Frequência dos critérios analisados nas prescrições retidas no mês de dezembro de 2010 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

Dos critérios analisados no mês de janeiro de 2011. Observa-se que 39,70% das prescrições não continham a forma farmacêutica do antibiótico prescrito. Em 16% o nome comercial, ao em vez do nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de DCB, foi solicitada pelos prescritores. Em 18,60% das prescrições não continham a via de administração do medicamento. A duração do tratamento e a posologia não foram mencionadas em 31,50% e 7,30%, respectivamente, das prescrições. E 33% das prescrições não continham a concentração do antibiótico (Gráfico 11).

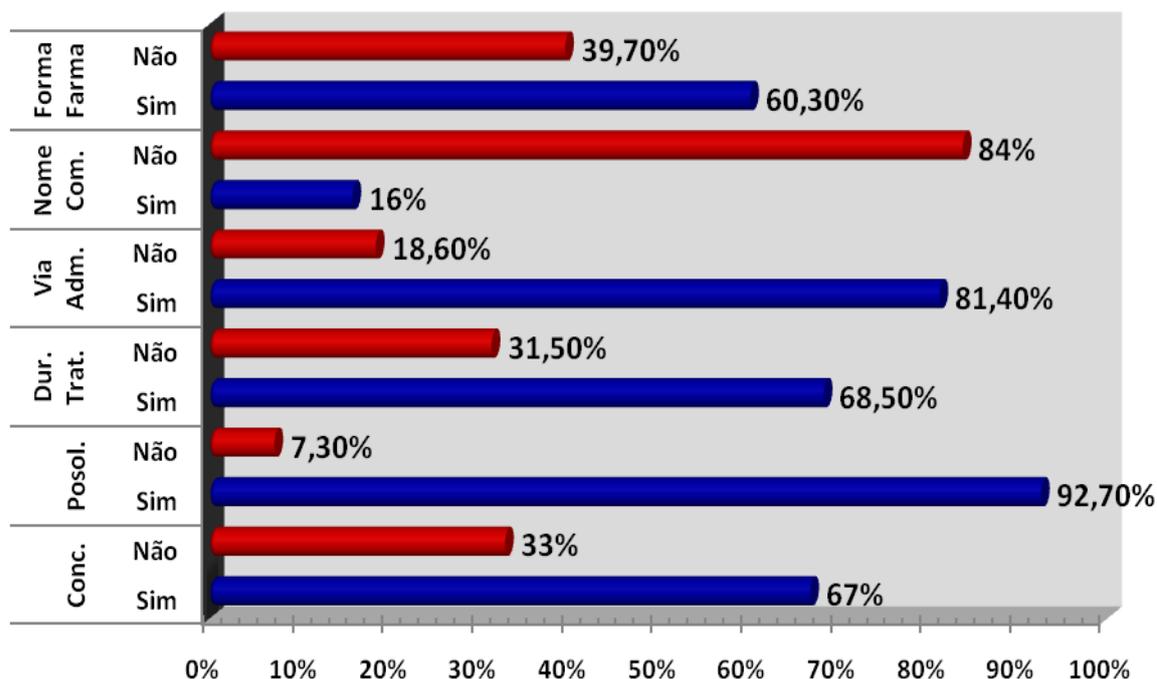


Gráfico 11- Frequência dos critérios analisados nas prescrições retidas no mês de janeiro de 2011 na USF Nova Conquista João Pessoa-PB.

O gráfico 12 mostra a comparação entre a média do número de prescrições que não continham os criterios, estabelecidos na metologia, antes da legislação de controle de antibioticos entrar em vigor, com a média do número de prescrições depois da implementação da mesma. Nota-se que não houve nenhum resultado significativo quanto ao cumprimento dos criterios exigidos pela legislação em relação aos prescritores.

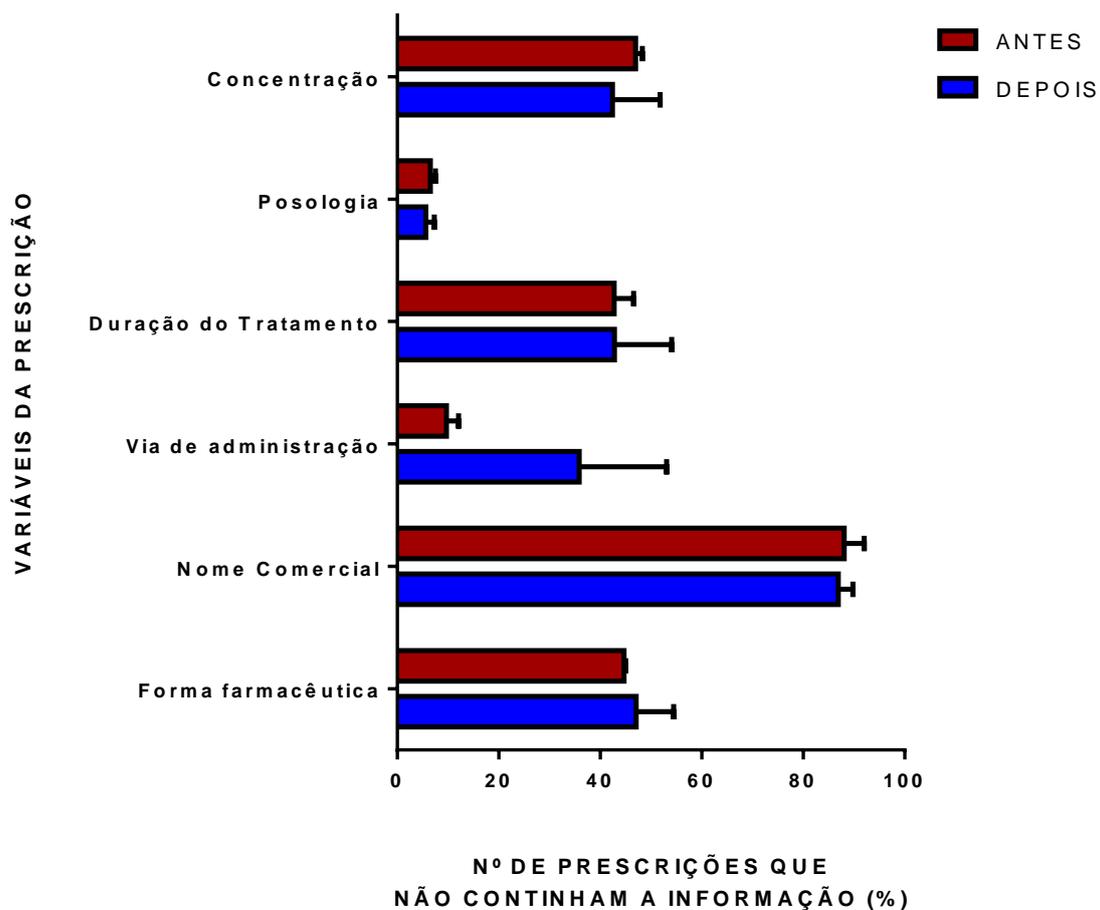


Gráfico 12- Análise das médias das prescrições de antibióticos retidas nos meses antes (outubro e novembro de 2010) e após (dezembro de 2010 e janeiro de 2011) a obrigatoriedade da retenção das prescrições, imposta pela RDC 44/10, segundo os criterios de concentração, posologia, duração do tratamento, via de administração, nome comercial e forma farmacêutica.

5. DISCUSSÃO

Apartir do dia 28 de novembro de 2010, a retenção das prescrições dos antibióticos passou a ser obrigatória pela RDC 44/10, a qual coibir a venda ilegal de antimicrobianos sem prescrição no Brasil.

No Brasil, podemos dizer que a resistência bacteriana é provocada por prescrição incorreta, falta de informação, automedicação, o uso de antibióticos falsificados, entre outros fatores. O índice de pacientes que apresentam quadro de resistência bacteriana já se tornou um problema de saúde pública, e o trabalho do farmacêutico frente a este problema exige um alto grau de complexidade, pois além das responsabilidades inerentes da profissão é de grande importância o mesmo esteja presente no processo de dispensação para atender e dar as informações corretas à população.

A necessidade de uma maior fiscalização e controle sobre o uso indiscriminado e de forma errada pela população é tão preocupante que a legislação não apenas se limitou a exigir apenas a retenção da prescrição do antibiótico, mas também estabeleceu critérios para a embalagem, rotulagem, dispensação e controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos.

Neste estudo foi observada uma diminuição de 1,3% na quantidade total de antibióticos dispensados na Unidade de Saúde Família Nova Conquista do bairro Alto do Mateus do município de João Pessoa, quando comparamos a média dos dois meses antes da obrigatoriedade da retenção das prescrições imposta pela legislação, que foi 27,6%, com os dois meses após o começo da retenção das mesmas, que foi 26,3%. Isto mostra que um dos objetivos da legislação de controle de antibióticos é a diminuição do uso indiscriminado e excessivo de antibióticos pela população, está sendo, mesmo que de forma lenta, atendido por prescritores na referida Unidade de Saúde. Entretanto, não houve um impacto significativo da resolução sobre a quantidade de antibióticos dispensados.

A porcentagem de consultas em que se prescreve pelo menos um antimicrobiano é um indicador da racionalidade da prescrição, tendo em vista que este grupo farmacológico é de alto custo e que a inadequação do seu uso pode acarretar prejuízos tanto em nível individual para o usuário do medicamento quanto para sociedade em que ele está inserido, em função da pressão seletiva exercida

por todo o uso destes fármacos (TAVARES, 2008). No presente estudo, os valores encontrados para este indicador estão de acordo com o sugerido pela International Network for Rational Use of Drugs, que testou todos os indicadores básicos de uso de medicamentos em 12 países de renda média ou baixa e apontou valores entre 20% e 30% como aceitáveis para o indicador de prescrição de antimicrobianos (WHO, 2001).

A diminuição da quantidade de antibióticos dispensados é um importante passo na diminuição da resistência bacteriana, e é uma notória consequência da luta dos profissionais da área da saúde em implantar o uso racional de antimicrobianos. Este trabalho é muito difícil por parte dos prescritores, pois muitas vezes há falta de informação, diagnóstico específico do agente causador da doença, desejo de satisfazer o paciente e pressão sofrida pelos fabricantes que induzem o uso do que é mais novo no mercado. As expectativas dos pacientes influenciam a prescrição, mas cabe ao prescritor ter a consciência do dever de introduzir na sociedade o uso racional de antimicrobianos e assim diminuir a resistência bacteriana.

A comparação entre o número de antimicrobianos, analisados separadamente, dispensados nos dois meses antes da legislação, no caso outubro e novembro de 2010, com os dois meses após a mesma ter entrado em vigor, no caso dezembro de 2010 e janeiro de 2011, nota-se uma diminuição significativa, após a obrigatoriedade da resolução, de prescrições contendo a amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão e um aumento significativo de cefalexina 500mg comprimido. Estes resultados não traduzem que houve, de fato, um impacto da legislação nas prescrições dos médicos da unidade de saúde Nova Conquista, pois nota-se que em um mesmo período uma série de antibióticos foram consideravelmente mais prescritos, como é o caso da própria cefalexina 500mg comprimido e de outros antibióticos, como a ampicilina na forma de suspensão e de comprimido, da associação anfotericina B + tetraciclina, azitromicina 500mg comprimido, entre outros.

Vários fatores podem ter levado a diminuição ou a um aumento de um tipo de antimicrobiano, no mesmo período. A falta de um determinado antimicrobiano, por exemplo, a amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão, não foi prescrita no mês de dezembro de 2010. O médico parte para escolha de um segundo antimicrobiano que se enquadre no tratamento do paciente, aumentando assim, a média de prescrições contendo este segundo antimicrobiano. Outro fator pode estar ligado a estação do

ano, cuja a frequência de infecções mudam de acordo com estações como inverno e verão, por exemplo.

Analisando os meses após a obrigatoriedade da legislação, observamos que os antibióticos mais prescritos neste período são: cefalexina, amoxicilina e a associação neomicina + bacitracina. Estes dados diferem do estudo realizado por Tavares *et al* (2008), onde em três meses avaliados, amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito, seguido pela associação sulfametoxazol + trimetoprima e cefalexina. Estas diferenças podem decorrer das regiões geográficas distintas em que os estudos foram realizados, conseqüentemente podendo possuir diferentes perfis epidemiológicos. A avaliação dos antimicrobianos escolhidos é importante, pois muitas vezes nota-se a adoção de opções terapêuticas inadequadas, muitas vezes privilegiando o uso de fármacos menos eficazes ou restritos a uso hospitalar, que acaba condicionando o surgimento de cepas resistentes entre a comunidade (COLOMBO *et al.*, 2004).

A avaliação das prescrições na referida unidade de saúde é uma imprescindível informação para evidenciar se as mesmas estão sendo elaboradas de forma correta, obedecendo ao que preconiza a legislação de controle de antimicrobianos. Os critérios analisados são essenciais para o entendimento e servem para auxiliar o profissional responsável pela dispensação, que infelizmente no SUS, na maioria das vezes, não é feita por um farmacêutico, mas sim por um profissional leigo nesta área.

Dentre as atividades farmacêuticas que auxiliam efetivamente o uso racional de medicamentos está a atenção farmacêutica. Faz-se necessário atentar para o uso racional dos medicamentos, de forma que os pacientes recebam os medicamentos para a indicação apropriada, nas doses, via de administração e duração apropriadas; que não existam contraindicações; que a probabilidade de ocorrência de reações adversas seja mínima; que a dispensação seja correta e que haja aderência ao tratamento (VIEIRA, 2007).

É de suma importância que todos os critérios exigidos para uma prescrição correta sejam atendidos, definindo como o fármaco deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado. Qualquer erro em uma prescrição pode pôr em risco todo um tratamento e ainda acarretar danos a saúde do paciente.

O nome genérico de acordo com a DCB foi um dos critérios avaliados. É obrigatório no âmbito do SUS o uso do nome genérico de acordo com a DCB, com o objetivo de reduzir confusões entre nomes de medicamentos. Os nomes comerciais de medicamentos estão sujeitos a mudanças, variam de acordo com o interesse do mercado e de um país para outro, induzindo assim ao erro. A utilização do nome comercial se dá também pelo marketing e por grande pressão da indústria farmacêutica sobre os profissionais prescritores. Em 69,4% das prescrições analisadas em 10 Unidades de Saúde de Ribeirão Preto (SP), não houve utilização da DCB. (CARVALHO et al., 1999)

Embora nas prescrições do SUS, o nome genérico seja obrigatório, os dados obtidos demonstram que os prescritores indicaram medicamentos pelo nome de marca. O descumprimento deste critério, exigido por lei, é bastante relevante, podendo causar danos a saúde pública, pois o custo tem sido apontado como fator limitante na adesão aos tratamentos, principalmente em países emergentes como o Brasil. (SANTANA; LYRA JÚNIOR; NEVES, 2003)

De acordo com o gráfico 12, podemos observar que mesmo com a orientação da legislação, que alerta para o cumprimento deste critério, não houve um impacto positivo desta em relação à forma dos médicos prescreverem o nome do medicamento, mas sim um pequeno aumento de 1,2% na média de prescrições com o nome comercial após a obrigatoriedade da legislação.

O ideal seria que todos os médicos prescrevessem o nome do medicamento ou da substância sob a forma de DCB, no intuito de amenizar possíveis confusões e até trocas de um medicamento por outro, por parte do profissional responsável pela dispensação, pela administração ou pelo próprio paciente no momento de utilizar o medicamento.

Em estudo similar realizado por Farias *et al* (2007), onde avaliava os indicadores de prescrição médica em unidades de atendimento do SUS no município de Campina Grande, Paraíba, o percentual de antimicrobianos prescritos por sua DCB foi de 84,2%.

Quanto a posologia, podemos observar que houve uma diminuição de apenas 0,85% da média de prescrições analisadas com ausência deste critério, após a legislação ter entrado em vigor. Este resultado não é significativo e revela que não houve impacto da legislação em relação aos médicos prescrevem nas suas receitas a posologia do medicamento.

Este critério é um dos mais imprescindíveis e indispensáveis numa prescrição, pois pode implicar na inefetividade do tratamento. Colemann *et al* (2002). verificaram que por ausência da dose, pacientes que usaram posologias inferiores de um medicamento corretamente prescrito, não alcançaram as metas farmacoterapêuticas estabelecidas e em consequência, abandonaram o tratamento.

A não adesão de um paciente a uma terapêutica eficaz poderá frustrar os objetivos tanto do prescritor quanto do paciente (BLENKINSOPP; BRADLEY, 1996).

Vários são os casos em que pacientes não entendem ou são mal instruídos quando a posologia a ser seguida. Um exemplo é quando o médico prescreve: tomar um comprimido duas vezes ao dia. Mas como o paciente vai saber o intervalo ou a hora correta entre um comprimido e outro?. São estes e outros tantos cuidados que devem ser tomados e informados ao paciente na hora da prescrição e da dispensação.

Quanto à via de administração, neste estudo foi observado que houve um aumento (26,15%) na média de receitas médicas com a ausência deste critério, após da legislação ter entrado em vigor. Apesar do considerável aumento, não é significativo, isto porque o erro padrão da média é muito alto. Vários motivos podem ter levado os médicos a não colocarem nas prescrições a via de administração do medicamento, como por exemplo: na farmácia da referida unidade de saúde só possuir o medicamento, por ele escolhido, com apenas uma apresentação de via de administração. Este fato não justifica a falta deste critério, pois é dever do médico prescrever a via de administração do medicamento, a fim de evitar possíveis erros de medicação e ajudar a compreensão do profissional responsável pela dispensação na unidade de saúde e ao paciente.

A via de administração está diretamente ligada a farmacocinética do medicamento. A falta ou o erro deste critério na prescrição médica pode acarretar em via ou técnica de aplicação do medicamento incorreta, proporcionando mudanças principalmente na absorção do medicamento e outros fatores farmacocinéticos. Assim, podem ocorrer riscos de problemas relacionados a medicamentos de efetividade, como ineficácia do efeito desejado e segurança, com riscos de reações adversas e maior tempo de ação (GIMENES *et al.*, 2006).

A forma farmacêutica, sua concentração e quantidade total de medicamentos a ser fornecida, sempre em função de dose e duração do tratamento, devem ser especificadas. Registra-se a via de administração e determina-se o intervalo entre

doses e a duração do tratamento. Os horários de administração devem ser definidos quando houver possibilidade de interação com alimentos ou com outros fármacos utilizados pelo paciente, para favorecer a comodidade, objetivando-se melhor adesão do paciente ao tratamento, e para favorecer a obtenção do efeito terapêutico ou a redução dos efeitos indesejáveis. A prescrição deve ser clara e detalhadamente explicada ao paciente, conferindo-se a sua perfeita compreensão. (LYRA JR et al 2004)

Neste estudo foi observada uma diminuição da média (4,5%) de prescrições com ausência do critério concentração do medicamento, após a obrigatoriedade da legislação. Apesar de ser positivo, este resultado não foi significativo, mostrando que em relação a este critério, não houve impacto da legislação sobre a forma dos médicos prescreverem. A falta ou o erro na forma de prescrever a concentração do medicamento é um dos principais motivos de erros relacionados ao medicamento, principalmente a causa de sub-doses ou de toxicidade de medicamentos e até para o risco de morte do paciente.

A falta de padronização e o freqüente uso de abreviaturas são fatores principais que podem contribuir para a ocorrência, em especial, de erros de prescrição relacionados à concentração do medicamento. O uso intensivo da abreviatura UI ou I é um dos exemplos de abreviações que podem levar a erros graves, pela possibilidade de ser confundida como o número zero e acarretar administração de concentração 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita.

Um exemplo do perigo da falta ou erro deste critério está relacionado com medicamentos considerados “comuns” pela população, como é o caso do paracetamol. Ingerir paracetamol em excesso conduz à “overdose escalonada”, que pode ocasionar problemas no fígado e cérebro, além da necessidade de diálise ou ajuda para respirar. Outro exemplo é a overdose de antibióticos, são as mutações bacterianas, que conseqüentemente favorecem a resistência seletiva destes microorganismos a estes medicamentos.

Em relação à forma farmacêutica pode-se observar que a exigência deste critério nas prescrições médicas não foi respeitado e após a obrigatoriedade da legislação a média de prescrições com a ausência deste critério aumentou não em 2,4%, mostrando que os médicos não seguiram o que preconiza a legislação e continuam a prescrever de forma errada e perigosa. Este critério é essencial para a dispensação do medicamento, e mesmo que o antibiótico em questão só apresente

um tipo de forma farmacêutica, esta deve ser mencionada de forma correta na prescrição. O médico não deve, por motivo nenhum, realizar uma prescrição em desacordo com as leis que a regem e com o bom entendimento do paciente e profissional responsável pela dispensação.

A duração do tratamento é outro critério que poderia impossibilitar a efetividade e a segurança do tratamento, levando ao uso inapropriado e inadvertido do fármaco (AMYES, 2002). Neste estudo, este critério também foi avaliado, sendo observado um aumento de 0,05% na ausência deste, após a obrigatoriedade da legislação. Este resultado reflete a falta de cumprimento, por parte dos prescritores, desta importante exigência na prescrição.

A interrupção do tratamento antes do tempo previsto pode, por exemplo, ocasionar resistência bacteriana e a impossibilidade de uso posterior do mesmo agente antimicrobiano. Se o paciente usa um medicamento corretamente selecionado em tempo superior ao necessário pode ocorrer desde problemas de efetividade, como desenvolvimento de tolerância (resposta mais comum ao uso repetido da mesma substância) (AMYES, 2002).

6. CONCLUSÃO

Após a avaliação dos dados obtidos a partir das prescrições retidas na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista do bairro Alto do Mateus, nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011, observou-se que:

- Nos meses avaliados, não houve impacto significativo da legislação sobre as prescrições médicas de antimicrobianos da Unidade de Saúde da Família Nova Conquista (João Pessoa – PB).
- Nos meses após a obrigatoriedade da RDC 44/10 foi observado uma diminuição de 1,3% da média de antibióticos dispensados.
- Quando os antibióticos foram analisados separadamente, após a obrigatoriedade da resolução, houve uma diminuição significativa de prescrições contendo o antibiótico amoxicilina 250 mg / 5 mL suspensão e um aumento significativo da cefalexina 500mg comprimido.
- As prescrições analisadas de acordo com a presença ou ausência dos critérios exigidos pela legislação de controle de antimicrobianos, mostraram que não houve impacto da resolução sobre a forma de prescrever.
- Houve um aumento de 1,2% da média de prescrições com o nome comercial do antibióticos, após a obrigatoriedade da legislação.
- No critério posologia, após a legislação ter entrado vigor, houve um aumento de 0,85% da média de prescrições que continham este critério.
- Houve um aumento 26,15% da média de receitas médicas com a ausência do critério via de administração, após a obrigatoriedade da legislação.
- Houve uma diminuição de 4,55% da média de prescrições com ausência do critério concentração do medicamento após a legislação ter entrado em vigor.

- Em relação à forma farmacêutica, houve um aumento de 2,4% da média de prescrições com a ausência deste critério, após a legislação ter entrado vigor.
- Em relação ao critério duração do tratamento, houve um aumento, após a legislação ter entrado em vigor, de 0,05% da média de prescrições com a ausência deste critério.
- Os prescritores não cumprem as diretrizes legais exigidas, em especial, as exigências da legislação de controle de medicamentos antimicrobianos. Em decorrência disto há um grande número de inadequações nas prescrições, que levam ao uso irracional de medicamentos.
- Existe a necessidade da implementação de estratégias que reforcem o benefício de uma prescrição adequada, para que o medicamento seja dispensado e utilizado corretamente. O usuário deve ser visto como membro ativo da relação profissional-paciente, pois de sua atitude frente à doença depende o sucesso da terapêutica.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, P. M.; MAGALHÃES, S. M. S.; ACURCIO, F. A.; SAKURAI, E. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 95-104, 2007.

AMYES S. Prescribers need to address the problem of antibiotic resistance. *Pharm J* 2002; 269(7206): 92.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **CienSaudeColet** 2002; 7(3):401-412.

BLENKINSOPP A.; BRADLEY C. Over the counter drugs. The future for self medication. **BMJ**. 1996;312(7034):835-7.

BLENKINSOPP A, BRADLEY C. Patients, society, and the increase in self medication. **BMJ**. 1996;312(7031):629-32.

BLOT, S.; VANDEWOUDE, K.; HOSTE, E.; COLARDYN, F.; Reappraisal of attributable mortality in critically ill patients with nosocomial bacteraemia involving *Pseudomonas aeruginosa*. **J Hosp Infect**, vol. 53, n. 1, p. 18-24, jan. 2003.

BRASIL. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acessado 2012 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B.; CHIERICATO C.; MIASSO, A. I. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev Latinoam Enferm**. 1999;7:67-75.

CASTRO, M. S.; PILGER, D.; FERREIRA, M. B. C.; KOPITKE, L. Tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário, 1990-1996. **Rev. Saúde Pública**, vol. 36, n. 5 p.553-558, fev. 2002.

CHUNG, A.; PERERA, R.; BRUEGGEMANN, A. B.; ELAMIN, A. E.; HARNDEN, A.; MAYON-WHITE, R. et al. Effect of antibiotic prescribing on antibiotic resistance in individual children in primary care: prospective cohort study. **BMJ**, v. 335, p. 429, 2007.

COLEMANN, A. Discharge information needs to be improved to prevent prescribing errors. **Pharm J** 2002; 268 (7182): 82.

COLOMBO, D.; HELENA, E. T. S.; AGOSTINHO, A. C. M. G.; DIDJURGETT, J. S. M. A. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa Saúde da Família de Blumenau. **Rev. Bras. Cien. Farm.** 40 n. 4. 2004.

DEL MAR, C. B.; GLASZIOU, P. P.; SPINKS, A. B. Antibiotics for sore throat. In: **The Cochrane Library**, Issue 3, Oxford: Update Software, 1997.

FARIAS, A. D.; CARDOSO, M. A. A.; MEDEIROS, A. C. D.; BELÉM, L. F.; SIMÕES, M. O. S.. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. Ver. **Bras Epidemiol.**: 10(2). 2007.
FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**. 2006.

FIJN, R.; CHOW, M. C.; SCHUUR, P. M.; DE JONG-VAN DEN BERG, L. T.; BROUWERS, J. R. Multicentre evaluation of prescribing concurrence with anti-infective guidelines: epidemiological assessment of indicators. **PharmacoepidemiolDrugSaf**, v. 11, p. 361-72, 2002.

FUCHS, F. D.; WANNAMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C.; **Farmacologia clínica – fundamentos da terapêutica racional**. 3. ed.Ed. Guanabara Koogan,Rio de Janeiro: 2006, p.77 e 403.

GIMENES, F. R. E; MIASSO, A. I.; LYRA JR, D. P.; GROU, C. R. Prescrição eletrônica como fator contribuinte para segurança de pacientes hospitalizados. **Pharmacy Practice**. 2006;4:13-7.

LE GRAND, A.; HOGERZEIL, H. V. & HAAIJER-RUSKAMP, F. M. Intervention in rational use of drugs: a review. **Health Policy and Planning**,14(2): 89-102, 1999.

LEAPE, L. L; BATES, D. W; CULLEN, D. D. et al. Systems analysis of adverse drug events. **JAMA**.v. 274 n.1: 35-43, 1995.

LYRA JÚNIOR, D.P.; OLIVEIRA, A. T. C.; LIMA, K. S. L.; NEVES, S. J. F.; ROCHA, C. E.; OLIVEIRA, M. A. C. Atenção Farmacêutica na dispensação de prescrições médicas. **Infarma** 2002; 14 (11/12): 43-45.

LYRA JR, D. P; PRADO, M. C. T. A; ABRIATA, J. P; PELÁ, I. R. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. **Seguim Farmacoter**. 2004;2(2):86-96.

McISAAC, W. et al. Reflexions on a month in the life of the Ontario Drug Benefit Plan. **Canadian Medical Association Journal**, 150: 473-477, 1994.

MEINERS, M. M. M. A, BERGSTEN-MENDES, G. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade? **Rev Ass Med Brasil** 2001; 47(4): 332-337.

NAVES, J. DE O. & SILVER, L. D. (2005) **Rev Saude Publica** 39:223-30.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZA, J. C. F.; KUROIWA, W. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24(2): 68-73.

OMS. **Guia de laBuenaPrescripcion**. Programa de Acción sobre Medicamentos Essenciales. Genebra, Suíça: Organización Mundial de laSalud, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia para Boa Prescrição Médica**. Porto Alegre: ARTMED; 1998. Pública, 2006; v. 40 (1), p. 191-192: OMS, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Aspectos destacados en el año 2000 sobre medicamentos esenciales y política farmacéutica. Ginebra: OMS, p.12, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). El Uso Racional de Medicamentos. **Informe de la Conferencia de Expertos**. Ginebra: OMS, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Ginebra: OMS, n. 5, p.6, set. 2002b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Por una regulamentación farmacéutica eficaz como garantía de seguridad, eficacia y calidad. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Ginebra: OMS, n. 7, p. 6, nov. 2003b

PEPE, V. L. E.; TRAVASSOS, C. M. A. **Prescrição Médica**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; 1995. 26 p (Série Estudos em Saúde Coletiva, 111).

ROCHA, V. M. P. Análise das prescrições no programa de saúde mental no município de Santa Maria. [monografia]. Santa Maria: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

ROSA, M. B; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras**. 2003;49:335-41.

SANO, P. Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C.; CORDEIRO, J. A. Evaluation of the understanding level of pediatric prescription. **Jornal de Pediatria** 2002; 78 (2): 140-145.

SANTANA, A. D; LYRA JÚNIOR, D. P; NEVES, S. J. F. Qualidade da informação farmacéutica na dispensação de medicamentos genéricos. **Infarma** 2003; 15 (9/10): 84-86.

TAVARES, N. U. I; BERTOLDI, A. D; MUCCILLO-BAISCH, A. L. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**: 24(8). 2008.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE F. Drug prescription from the perspective of elderly patients. **Rev Saúde Pública** 2001;35(2):207-213.

VIEIRA, Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2007.

WHO-World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization, 2001.

WINTERSTEIN, A. G.; JOHNS T. E.; ROSENBERG, E. I.; HATTON, R. C.; GONZALEZ- ROTH, R.; KANJANARAT, P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. **Am J Health Syst Pharm.** 2004;61(18):1908-16.

WOLFF, M. J. Use and misuse of antibiotics in Latin America. **Clin Infect Dis** 1993; 17 Suppl 2:S346-51.

World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities. Geneva: World Health Organization/Action Programme on Essential Drugs;1993.

S586i Silva, Edgar Vágner Bezerra.

O Impacto da legislação sobre as prescrições de antimicrobianos em uma unidade de saúde no município de João Pessoa-PB/ Edgar Vágner Bezerra Silva. -- João Pessoa: [s.n.], 2013.

45 f.: il. -

Orientadora: Zélia Braz Vieira da Silva Pontes.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Prescrição. 2. Antimicrobianos. 3. RDC 44/10.

BS/CCS/UFPB

CDU: 347.131.2 (043.2)