

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8º andar, sala 837

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel: (61) 3315-2409

Síte: <www.saude.gov.br/medicamentos>

E-mail: daf@saude.gov.br

Organização:

Camila Almeida de Melo Cirera

Geisa Maria Grijó Farani de Almeida

José Miguel do Nascimento Júnior

Marco Aurélio Pereira

Editoração:

Eliana Carlan

Jessica Alves Rippel

Projeto gráfico:

Gustavo Lins

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

102 p.

Nota: Esta publicação é uma compilação dos trabalhos finalistas do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011.

ISBN – 978-85-334-1972-8

1. Assistência farmacêutica. 2. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 3. Uso racional de medicamentos. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título.

CDU 005.21.51

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0484

Títulos para indexação:

Em inglês: National Award Incentive Promotion of Improving Use of Medicines – 2011

Em espanhol: Premio Nacional de Incentivo Promoción del Uso Racional de los Medicamentos – 2011

Sumário

Apresentação	05
Introdução	07
Comissão julgadora	09
Categoria: Experiência bem sucedida de profissionais nos serviços de saúde	11
Trabalho Premiado – Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS	12
Menção Honrosa – Capacitação e divulgação como instrumentos fundamentais para fomento ao acesso e adesão ao uso racional de medicamentos especializados	17
Categoria: Tese de Doutorado	23
Trabalho Premiado – Estudo epidemiológico de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos brasileiros	24
Menção Honrosa – Abordagem farmacocinética e farmacodinâmica no monitoramento terapêutico de antimicrobianos em pacientes queimados da Unidade de Terapia Intensiva	30
Categoria: Dissertação de Mestrado	35
Trabalho Premiado – Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS	36
Menção Honrosa – Ensaio clínico controlado aleatório de um programa de atenção farmacêutica para usuários do Sistema Único de Saúde com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	42
Menção Honrosa – A relação dos idosos com seus medicamentos	46
Menção Honrosa – Utilização de medicamentos em crianças da coorte de nascimentos de Pelotas/RS, 2004	50
Categoria: Monografia de Especialização e/ou Residência	55
Trabalho Premiado – Desenvolvimento de ferramentas para a instrumentalização da revisão da prescrição	56
Menção Honrosa – Construção de um plano de ação para o aprimoramento do processo de distribuição de medicamentos às unidades de saúde de um município do Sul do Brasil	61
Menção Honrosa – Estudo da utilização de medicamentos por idosos brasileiros hipertensos	65

Categoria: Trabalhos em Nível de Graduação ----- 71

Trabalho Premiado – Avaliação clínica e cirúrgica da indicação de prescrição antibiótica pós-operatória em cirurgia de terceiros molares ----- 72

Menção Honrosa – Qualidade do serviço farmacêutico: uma análise espacial ----- 77

Categoria: Trabalho desenvolvido em: entidades/instituições; meios de comunicação; e no âmbito da cultura ----- 83

Trabalho Premiado – Construção do conhecimento sobre uso racional de medicamentos através da utilização de tecnologias de informação e comunicação ----- 84

Menção Honrosa – Monitoramento hospitalar do novo tuberculostático combinado disponibilizado pelo SUS: COXCIP-4 ----- 89

Menção Honrosa – Implantação de um programa de atenção farmacêutica na Farmácia Ensino e Farmácia Popular do Brasil de uma instituição de ensino ----- 95

Menção Honrosa – Importância do farmacêutico residente em uma unidade de transplante hepático e renal: intervenções farmacêuticas realizadas ----- 98

Apresentação

O incentivo à pesquisa e à produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos (URM) com aplicação no SUS e serviços de saúde é o objetivo precípua do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

Este Prêmio é uma iniciativa do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos cujas competências visam, em linhas gerais, identificar e propor estratégias de articulação e apoiar iniciativas para a promoção do URM. Neste contexto, a premiação procura valorizar o trabalho de pessoas que se tornam indispensáveis para a concretização das políticas de saúde do país, integrando o conjunto de ações desenvolvidas pela assistência farmacêutica.

Desde sua criação em 2009, o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, premiou 64 trabalhos, sendo que 18 receberam prêmios em dinheiro e 46 com menções honrosas. Isso demonstra o interesse que o Prêmio desperta na comunidade acadêmica, pois ao longo desse período foram 394 trabalhos inscritos em seis categorias estabelecidas em edital: Experiência bem sucedida de profissionais nos serviços de saúde; Tese de Doutorado; Dissertação de Mestrado; Monografia de Especialização e/ou Residência; Trabalhos em nível de Graduação; e Trabalho desenvolvido em entidades/instituições, meios de comunicação, e no âmbito da cultura.

Assim, ressalta-se o importante papel que o Prêmio cumpre no sentido de estimular a elaboração de trabalhos que tenham como premissa o tema “uso racional de medicamentos”, nem sempre foco de pesquisas realizadas anteriormente. Bem como, o crescente interesse que vem despertando em profissionais e pesquisadores de outras áreas da saúde que possuem interface direta ou indireta com o tema.

Dessa forma, fica evidente a crescente qualidade, originalidade e relevância dos trabalhos premiados que trataram de temas como: o impacto da atenção farmacêutica, da capacitação e divulgação como instrumentos para a promoção do URM; estudos epidemiológicos, de abordagem farmacocinética e farmacodinâmica e monitoramento do uso de medicamentos; a avaliação da qualidade e busca pelo aprimoramento de serviços e programas de saúde no contexto do URM; a utilização de medicamentos por idosos e crianças; desenvolvimento de ferramentas para a instrumentalização da revisão da prescrição; e avaliação da indicação de prescrição em procedimentos odontológicos.

Em sua terceira edição, o Prêmio confirma-se como importante iniciativa para o a promoção do URM, contribuindo para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação das ações de saúde no país.

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Introdução

É com grande satisfação que apresentamos o volume com os trabalhos vencedores do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos de 2011. Este prêmio, agora na sua 3ª edição, é uma iniciativa do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, objetivando o incentivo à produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). Traduz a busca da valorização do trabalho de indivíduos que se tornam indispensáveis para a concretização das políticas de saúde do país, integrando o conjunto de ações desenvolvidas pela assistência farmacêutica.

O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos foi criado pela Portaria nº MS/GM nº. 1.555, de 27 de junho de 2007, e tem como principal competência identificar e propor estratégias de articulação e apoiar iniciativas para a promoção do uso racional de medicamentos. Sua coordenação colegiada é composta pelos representantes do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Dentre suas atribuições, destacam-se o desenvolvimento e apoio de ações voltadas ao uso racional de medicamentos junto aos gestores, profissionais de saúde e academia. Assim, o Comitê Nacional é a primeira iniciativa institucionalizada do Ministério da Saúde com o principal objetivo de viabilizar as ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, previstas na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Nesta terceira edição, houve 125 inscrições, sendo 44 na categoria de Experiência bem sucedida de profissionais nos serviços de saúde, 06 na de Tese de Doutorado, 21 na de Dissertação de Mestrado, 15 na de Monografia de Especialização e/ou Residência, 22 na de Trabalhos em nível de Graduação e 17 na de Trabalho desenvolvido em entidades/instituições, meios de comunicação, e no âmbito da cultura.

Na primeira fase, os resumos inscritos foram analisados por dois pareceristas ad hoc de acordo com os critérios estabelecidos no edital. Na segunda fase de análise, os trabalhos de cada categoria com pontuação acima de 50 foram julgados na íntegra por uma comissão composta por dezoito membros, designados pela Portaria Nº 9, de 17 de outubro de 2011. Em ambas as fases, os pareceristas não tiveram conhecimento dos autores e das instituições de origem dos trabalhos.

Em conformidade com o Edital que regulamentou o Prêmio, foi selecionado, em cada categoria, um trabalho premiado e até três menções honrosas. Nesta edição foram selecionados 17 trabalhos, sendo um em cada uma das seis categorias para recebimento do prêmio e onze

menções honrosas. Houve uma menção honrosa para cada uma das categorias Experiência bem sucedida de profissionais nos serviços de saúde, Tese de Doutorado e Trabalhos em nível de Graduação. Para a categoria Monografia de Especialização e/ou Residência foram concedidas duas menções honrosas e para as categorias Dissertação de Mestrado e Trabalho desenvolvido em entidades/instituições, meios de comunicação, e no âmbito da cultura foram concedidas três menções honrosas, respectivamente.

Os enfoques dos trabalhos premiados são variados, mostrando a diversidade e a complexidade do uso racional de medicamentos. De modo semelhante, os vencedores têm profissões diversas, mas todas empenhadas na promoção do uso racional de medicamentos e na consolidação do SUS.

Pelo terceiro ano consecutivo, os membros do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos e do seu colegiado gestor sentem-se honrados com esta apresentação dos vencedores do Prêmio Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Apresentamos à sociedade brasileira indivíduos empenhados em detectar, reduzir e propor soluções para os inúmeros problemas causados pelo uso irracional de medicamentos. Esperamos a cada ano, a cada nova edição deste prêmio, difundir e conscientizar os profissionais da saúde e a população em geral sobre o tema uso racional de medicamentos. Desejamos, também, a cada ano, homenagear aqueles que trabalham para tornar o uso racional de medicamentos uma realidade em nosso país.

Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Comissão Julgadora

Designada por meio da Portaria Nº 9, de 17 de outubro de 2011:

- José Miguel do Nascimento Júnior – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – DAF/SCTIE/MS, que exercerá a Coordenação da Comissão na qualidade de titular;
- Marco Aurélio Pereira – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde – DAF/SCTIE/MS, na qualidade de suplente no âmbito da Coordenação da Comissão;
- Augusto Afonso – Governo do Estado de Minas Gerais;
- Célia Machado Gervásio Chaves – Federação Nacional dos Farmacêuticos;
- Christophe Jacques Rérat – Organização Pan-Americana da Saúde;
- Eduardo Freire de Oliveira – Secretaria Executiva, Ministério da Saúde;
- Fernanda Junges – Secretaria de Saúde do Distrito Federal;
- José Augusto Cabral de Barros – Instituto de Defesa do Consumidor;
- Kelli Engler Dias – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde;
- Marisete Medianeira Dalenogare – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde;
- Michelle de Fátima Oliveira Coutinho – Secretaria Executiva, Ministério da Saúde;
- Ricardo Chiappa – União Educacional do Planalto Central;
- Rilke Novato Públio – Federação Nacional dos Farmacêuticos;
- Samir Najjar – Conselho Federal de Odontologia;
- Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Ministério da Educação



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:
Experiências de Profissionais nos
Serviços de Saúde



Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS

Autoras: Giovana Garofalo, Claudia Baseio, Lais de Campos, Melissa Sprösser Alonso

Instituição: Secretaria de Saúde do Município de Mauá/SP

Contato: garofalo.giovana@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde passou a ser, direito fundamental social, segundo o artigo 196,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, ficando consignado que este direito é de todos, indistintamente, constituindo-se em dever do Estado [...] (BRASIL, 1988).

Contudo, após a CF, o exercício do direito à saúde vem ganhando contornos nunca vistos, compelindo magistrados, promotores de justiça, procuradores públicos, advogados, e outros operadores do direito, a lidarem com temas oriundos do Direito Sanitário e da política pública de saúde, nos três níveis de governo e também obrigando gestores públicos a lidarem com a garantia efetiva deste direito social, em cada caso individual apresentado, através de uma determinação proveniente do Poder Judiciário (PJ) que, muitas vezes, contrasta com a política estabelecida em matéria de assistência à saúde e com a própria lógica de funcionamento do sistema público. No entanto, permitir que algumas poucas pessoas tenham acesso a tratamentos excepcionais custeados pelo ente público, sem garantir que todas as pessoas na mesma situação tenham acesso ao mesmo benefício, constitui violação direta ao princípio de acesso igualitário aos serviços da saúde, descrito no artigo 196 da CF (MARIN, 2011). As políticas públicas, por sua vez, destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, com base nas principais necessidades de saúde da população. Neste sentido, Marques e Dallari (2007) sustentam que as políticas públicas estabelecidas em matéria de assistência à saúde, devem ser conhecidas pelo PJ ao garantir efetivamente o direito à saúde, nos casos concretos que são submetidos à sua apreciação, pois, desta maneira, seria possível conjugar os interesses individuais com os coletivos, formalizados mediante tais políticas. Em suma, o problema é a judicialização que ignora o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua organização, representando a maioria dos

casos, levando a impacto negativo no sistema, em termos financeiros, no planejamento e sua organização, além de alimentar comportamentos socialmente indesejáveis e delituosos. E mais, potencializa um fator deletério para o sistema: o poder da indústria farmacêutica (UEMA, 2011). Muitos processos não seguem critérios, tendo um valor extremamente elevado, e benefícios menores aos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Há casos de terapias experimentais que não possuem estudos clínicos de eficácia e segurança, trazendo assim risco iminente a saúde. A ação farmacêutica no enfrentamento desse problema é imprescindível à promoção do uso racional de medicamentos (URM) e destinação de recursos previstos para áreas prioritárias e atendimento do SUS, sendo de fácil aplicação ao setor público.

Introdução

O Brasil é atualmente regido pela CF de 1988, e sua organização político-administrativa compreende: o Distrito Federal (sede do governo), 26 estados, 5.565 municípios (IBGE, 2009). A saúde no Brasil é regulamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantido através da Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. O país elaborou sua primeira lista de medicamentos essenciais em 1964, desde então esta lista teve oito atualizações, duas na década de 1970 e seis após 1980 (BRASIL, 2010). A Rename inclui medicamentos financiados pelos componentes, Básico (municípios), Especializados (Estados) e Estratégicos (Governo Federal) e tem como objetivo qualificar o acesso da população a esses medicamentos, sendo o instrumento básico para a prescrição de medicamentos no âmbito das três esferas governamentais (MARQUES; DALLARI, 2007). Ocorre que, após a constituição de 1988, muitos pacientes passaram a solicitar ao PJ o acesso a remédios novos, para doenças específicas e de tratamento prolongado, alguns deles ainda nem existentes no território nacional, portanto não liberados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A maioria das liminares desconsidera a Rename e obrigam a fornecer indiscriminadamente medicamentos novos e caros, sob pena de bloqueio das verbas públicas, desorganizando o planejamento e as finanças dos Estados e dos municípios. Com os recursos financeiros que têm sido destinados para o cumprimento de decisões judiciais, seria possível construir novos ambulatórios, aumentar a lista de medicamentos pactuados, entre outras ações. Cada vez mais vem crescendo o número de ações judiciais no país, prejudicando o planejamento do sistema de saúde e as evoluções conquistadas após a implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998.

Objetivos

Demonstrar que, o município dispende de uma equipe de Assistência Farmacêutica (AF) para avaliação e acompanhamento técnico dos processos de ação judicial em conjunto com a Assessoria Jurídica (AJ), qualifica a dispensação e reduz o uso inadequado de medicamentos por esta via, reduzindo significativamente os gastos com judicialização, fornecendo assim, alternativas de tratamentos preconizados pela Rename, com garantia de segurança e eficácia terapêutica.

Metodologia

Com o intuito de garantir melhor análise das prescrições e ações impetradas contra o município para fornecimento de medicamentos e materiais de enfermagem, em outubro de 2009, após a criação da Coordenadoria de AF, foi realizada a contratação de um farmacêutico, responsável pela revisão de todos os processos de ação judicial, atualização dos mesmos e fornecimento de subsídios técnicos para defesa do município, oferecendo alternativas seguras e eficazes de tratamento. Contratou-se um auxiliar de farmácia responsável pela dispensação de medicamentos e insumos, sob supervisão do farmacêutico, pois anteriormente era realizada por profissionais administrativos. Observou-se então que dos processos de ação judicial que o município tinha até o momento, a maioria estava sem prescrição ou vencidas. Em alguns casos o fornecimento de medicamentos era em quantidade maior do que a prescrita ou até mesmo alheios ao processo. No ano de 2010, juntamente com a AJ da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi feita uma minuciosa avaliação em todos os processos de ação judicial, a fim de qualificar a avaliação e dispensação de medicamentos e insumos. No segundo semestre de 2010, foi contratado um enfermeiro para a Coordenadoria de AF, que é responsável pelo suporte ao planejamento, processos de compra e supervisão das unidades em relação aos materiais de enfermagem, sendo também responsável pela avaliação das ações judiciais que envolvem insumos e materiais, em conjunto com o farmacêutico. Atualmente o setor responsável por ação judicial é composta por dois farmacêuticos, dois auxiliares de farmácia e um enfermeiro, além de contar com o suporte AJ da SMS. Após a estruturação do setor de ação judicial da AF, conseguimos fornecer à AJ informações sobre a padronização do município e alternativas de troca de tratamento medicamentoso por terapias padronizadas, pois a grande maioria dos processos solicitam medicamentos que não constam na Rename, ou até mesmo que não têm registro na Anvisa, não tendo assim uma garantia de segurança e eficácia, trazendo riscos à saúde dos pacientes. No início de 2011, implantamos do sistema Hórus, uma ferramenta que contribui com a gestão de ações judiciais, potencializando a qualificação da atenção à saúde, proporcionando uma ampliação do acesso e promoção do URM. O novo sistema permite, entre outras funcionalidades, a rastreabilidade dos medicamentos dispensados, identificação de demandas atendidas e não atendidas, elaboração de indicadores para o planejamento, avaliação e monitoramento das ações, e também, impede que o paciente que possui uma ação judicial retire medicamentos em outros serviços públicos, além da Secretaria de Saúde, ou até mesmo em outros municípios.

Resultados

Após revisão em todos os processos de medicamentos e materiais impetrados contra o município, conseguimos qualificar a dispensação, que até então era uma simples entrega de medicamentos, sem critério algum. No primeiro trimestre de 2010, reduzimos em 16,5% o valor gasto com ação judicial, apenas com a qualificação da dispensação. Essa redução representou em valores uma economia de R\$ 37.206,21, em um trimestre. O valor previsto no plano de metas para gastos com ação judicial no ano de 2010, baseado no ano de 2009, era de R\$ 1.920.000,00, sendo que tivemos um gasto de R\$ 779.426,20, apresentando redução de 59,4% (R\$ 1.140.573,8).

No ano de 2011, tivemos a inclusão de 32 novas ações para solicitação de medicamentos, totalizando 257, porém estamos atendendo atualmente 200 processos, devido a falta de procura de alguns pacientes, óbitos, direcionamento para o estado quando de sua responsabilidade e medicamentos suspensos. De todas as ações impetradas contra o município, 56,5% são de receitas provenientes de serviços privados e 43,5 % são do SUS. A maioria dos processos solicita a aquisição de insulinas não padronizadas pela Rename, suplementação alimentar, fraldas, materiais para curativos, medicamentos de hipertensão não padronizados e outros produtos, como órteses, cadeira de rodas e bombas para insulina. Mesmo com a inclusão dos 32 processos, no primeiro semestre de 2011, tivemos uma redução de 10,15% do valor previsto no plano de metas (R\$ 650.000,00). Isso se deve ao fato de qualificarmos os subsídios fornecidos ao setor jurídico, encaminhando algumas ações de medicamentos padronizados pelo componente especializado ao estado, justificando a padronização do município (Remume) e avaliando frequentemente todos os processos, solicitando a apresentação de receita médica atualizada a cada seis meses. Outra ferramenta de extrema importância para qualificação da dispensação dos medicamentos e materiais de ação judicial, foi a implantação do sistema Hórus, realizada em Julho de 2011, possibilitando melhora de atendimento e acompanhamento das retiradas de produtos pelos pacientes e/ou representantes, viabilizando até mesmo o agendamento prévio das dispensações. Observamos também que, após a implantação da orientação farmacêutica na dispensação de medicamentos e materiais por via judicial, os pacientes ou representantes legais se conscientizaram sobre a utilização adequada e racional de medicamentos, pois havia uma ideia errônea de que pacientes com determinada ação tinham direito de receber medicamentos não prescritos no processo, ou em quantidade maior que a discriminada, entre outros problemas. Hoje a maioria de nossos pacientes sabe a importância da avaliação médica mínima a cada seis meses, e também, entendem os riscos que a automedicação pode causar.

Conclusão

A maioria da demanda de medicamentos gerada por via judicial pode ser evitada ou significativamente reduzida se as decisões judiciais considerassem as diretrizes do SUS e se atentassem às Relações Nacionais, Estaduais e Municipais de Medicamentos Essenciais. A não observância desses critérios compromete todo trabalho realizado no sentido de seguir o preconizado pela PNM e proporcionar ao usuário do SUS acesso universal e igualitário a medicamentos, promovendo seu uso racional. Simples ações, como a minuciosa avaliação dos processos e o fornecimento de subsídios técnicos à AJ, podem reduzir notavelmente os gastos com a compra de medicamentos, insumos e dietas fornecidos por esta via. Após identificação de que 43,5% das ações impetradas contra o município possuem prescrições provenientes do serviço público, concluímos que promover contínuas capacitações aos prescritores do SUS, informando-os e sanando suas dúvidas sobre as relações de medicamentos essenciais e suas atualizações, podem trazer resultados satisfatórios tanto em relação à diminuição de gastos com ações judiciais, quanto em relação a prescrições racionais, seguras e com garantia de eficácia. Já no caso de prescrições de serviços privados, é importante a utilização, como subsídio técnico, o decreto n° 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal n° 8.080/90, onde se faz obrigatório o acompanhamento do paciente no SUS. Assim é possível diminuir o número de prescrições irracionais de serviços particulares e até mesmo decorrentes da pressão de laboratórios

farmacêuticos. Contudo, além da elaboração de subsídios técnicos, capacitação dos prescritores e profissionais de saúde e incentivos a racionalização de medicamentos nos serviços privados, é essencial que a equipe de saúde tenha interface com o jurídico, para melhorar as avaliações de ações que requerem medicamentos e assim promover saúde à população.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo 2009**. Brasília: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional Medicamentos Essenciais: RENAME**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MARIN, J. **O fornecimento de medicamentos e serviços de saúde: A limitação da responsabilidade do estado e as estratégias de defesa dos municípios**. São Paulo: Instituto de Estudos Municipais, 2011.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 101-107, 2007.

UEMA, J. K. **Seminário Nacional sobre Demandas Judiciais no âmbito do SUS**. Brasília, 2011.



MENÇÃO HONROSA

Capacitação e divulgação como instrumentos fundamentais para fomento ao acesso e adesão ao uso racional de medicamentos especializados

Autora: Tatiana Sanjuan Ganem Prado

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Contato: tatianaganem@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

É sabido que, para um contingente considerável de pessoas em nosso país, a rede pública de prestação de serviços é a única alternativa para assistência à saúde e, conseqüentemente, ao acesso a medicamentos essenciais. Considera-se, ainda, que dois terços da população brasileira são dependentes de alguma ação governamental para fazer frente às suas necessidades de medicamentos (BRASIL, 2004). Assim, garantir o acesso da população a medicamentos de qualidade, em quantidade adequada e ao menor preço possível, considerando a escassez de recursos, configura um grande desafio ao poder público brasileiro. Especialistas afirmam que o Brasil virou refém de medicamentos caros, onde os gastos anuais da União com os medicamentos excepcionais cresceram 483,4% em oito anos. O mesmo acontece nos governos estaduais. Estados como São Paulo e o Rio Grande do Sul estão próximos do colapso financeiro na gestão da saúde e não conseguem comprar todos os medicamentos de alto custo. Para garantir remédios a cerca de 100 mil pacientes, 1% da população gaúcha, foram gastos aproximadamente R\$ 150 milhões em 2005. E faltaram outros R\$ 60 milhões, uma carência que deixa 40% da demanda não-atendida (NETTO, 2005). Por se tratar de uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, e especialmente por buscar a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, além do elevado custo e em muitas vezes ser a última alternativa terapêutica disponível, que o Componente Especializado é objeto deste trabalho, que possui foco prioritário nas ações de divulgação, orientação e discussão com profissionais e usuários, sobre as regras e os fluxos de funcionamento dos programas. Percebemos no decorrer deste trabalho, que somente a capacitação dos profissionais farmacêuticos responsáveis pelas farmácias do estado (36 farmácias) era insuficiente, e que os demais atores envolvidos não tinham a informação necessária sobre o Componente Especializado. Esta desinformação resulta em obstáculos ao acesso dos pacientes, atrasando o cadastro do usuário, se refletindo ainda na crescente demanda das ações judiciais por medicamentos. Assim, a divulgação e discussão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas instituídas pelo Ministério da Saúde com estes profissionais têm sido fundamentais neste processo. Nesse sentido, objetiva-se a prescrição

segura e eficaz, possibilitando o adequado tratamento dos pacientes nos diferentes níveis de atenção, com base nas melhores evidências científicas. Além disso, ao longo deste trabalho tem sido possível conquistar não apenas a correta orientação, mas também uma maior aproximação com os profissionais, especialmente no que se refere aos médicos, que têm se tornado parceiros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), se mostrando constantemente interessados em debater e entender os fluxos e protocolos dos programas, e com isso temos transparecido confiabilidade no trabalho desenvolvido pela SES. Um modelo simples, possível de ser realizado em qualquer âmbito do SUS, que tem proporcionado importantes mudanças na gestão.

Introdução

Em diversos países, os serviços de saúde em geral são considerados como direito de cidadania, e por isto, são classificados como bens meritórios. Portanto, todo cidadão tem direito ao acesso, mediante políticas públicas. Sob este aspecto, há a necessidade de financiamento do sistema público, através de políticas que garantam o acesso da população, especialmente a de menor renda. No Brasil, o acesso aos medicamentos é regulamentado pela Política Nacional de Medicamentos, através da Assistência Farmacêutica, que reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Contudo, o acesso aos medicamentos, é apontado como um dos principais problemas do SUS segundo a primeira pesquisa nacional sobre satisfação dos usuários do serviço público (BRASIL, 2000). Visto que uma das situações mais frequentes, no SUS, é o paciente sair da consulta médica e constatar que os medicamentos que lhe foram receitados não estão disponíveis. Segundo Rosa Cerqueira (2003), considerando a condição socioeconômica da população brasileira, onde apenas a minoria consegue adquirir medicamentos utilizando recursos financeiros próprios, a organização da dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) utilizados no nível ambulatorial, se configura de extrema importância para a saúde e qualidade de vida da população. Há que se ressaltar que tais medicamentos são empregados, geralmente, em doenças crônicas e integram muitas vezes tratamentos que duram por toda a vida. “Esta política tem enorme alcance a todas as classes sociais uma vez que se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos seriam acessíveis a poucas pessoas em função do alto custo dos tratamentos” (BELTRAME, 2002) ademais raro são os planos de saúde que têm essa cobertura.

Objetivos

Promover a divulgação, orientação e capacitação dos fluxos de acesso ao CEAF, levando à discussão às principais instituições de assistência à saúde do estado e grupo de pacientes, de forma a facilitar o acesso aos usuários; despertar o compromisso dos atores envolvidos, especialmente médicos, como prescritores indutores da demanda, na promoção do uso racional de medicamentos, tendo em vista a propagação dos Protocolos Clínicos; promover o acesso à informação, à educação e a construção de uma nova consciência política na saúde entre profissionais e usuários.

Metodologia

Devido à maior complexidade das doenças e dos tratamentos contemplados no CEAF, a lógica de funcionamento deste diverge substancialmente da dinâmica de atendimento dos medicamentos da atenção básica. Para o acesso aos medicamentos do CEAF faz-se necessário o processo individual de solicitação de medicamentos às SES, no qual são anexados diversos documentos. Após o pleito, o processo passa por uma avaliação técnica dos critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estando de acordo com as normas estabelecidas, os pacientes são cadastrados e os medicamentos são dispensados. A cada três meses os processos são renovados. Desta forma, o acesso do usuário ao componente requer conhecimento adequado do fluxo de acesso e de manutenção dos prescritores, farmacêuticos dispensadores e dos próprios usuários. Neste sentido, percebemos que parte das negativas de cadastro ocorria por erros de preenchimento pelo médico do formulário - Laudo de Solicitação de Medicamentos Especializados (LME), e/ou ausência de exames necessários à avaliação técnica, dentre outros. Com isso o usuário tinha atraso significativo no processo de inclusão, além de enorme desgaste emocional. Como estratégia utilizava-se a orientação voltada apenas aos farmacêuticos das unidades dispensadoras, e ao médico, apenas no momento do indeferimento ou negativa do processo, por escrito, entregue através do paciente. Não havia contato direto através da SES. Buscamos modificar este contexto através da aproximação direta da SES com as unidades de assistência, através da Coordenação do CEAF. Assim, foi criado um banco de dados dos principais prescritores, com informações de contato (e-mail, telefone), especialidade médica e unidade de saúde. Visto que não havia nenhuma base inicial, a fase de catalogação foi ocorrendo através de trabalho de “formiguinha”, um a um, através dos dados constantes nas receitas médicas, e posteriormente através das sociedades de especialidades médicas. Priorizaram-se os chefes de serviço, buscando assim obter maior alcance na propagação das informações. Como ponto de partida, procuramos observar os erros mais recorrentes, e quando identificados, a coordenação realiza contato telefônico direto com o prescritor, a fim de subsidiá-lo com orientações sobre o fluxo. Este contato ocorre sempre de forma harmônica, colocando a coordenação à disposição para qualquer dificuldade. Neste momento, também são enviados, via e-mail, formulários, orientações, PCDT, além de divulgação do site da SES, no qual são disponibilizadas importantes informações e formulários do CEAF. A partir de então, os contatos são adicionados à mala direta da Coordenação, e periodicamente são enviados comunicados eletrônicos com orientações, alterações, divulgação de formulários, etc. Destes contatos iniciais surgiram convites através dos próprios prescritores e associação de pacientes, para participação em reuniões, seminários, realização de palestras, criando uma rede de propagação da informação e consolidação de parcerias.

Resultados

Em busca de uma alternativa viável de ação que favoreça o acesso, a utilização racional de medicamentos, tendo como base a divulgação, capacitação e orientação no acesso a medicamentos do CEAF, este trabalho demonstra que a aproximação com profissionais, especialmente médicos, como importantes indutores de demanda, e usuários, como principais

interessados, torna-se importante ferramenta para consolidação do SUS. Percebermos que esta ação pode ir além do que o próprio conhecimento de fluxos, uma vez que tem possibilitado a mudança de cultura, traduzida no comportamento destes profissionais. Tem sido algo muito além do esperado, tornando-os parceiros em busca do melhor atendimento aos pacientes, somando forças contra as dificuldades existentes. Para o desenvolvimento desta ação, há necessidade de poucos recursos, que torna possível sua replicação em qualquer nível de gestão, dependendo principalmente da vontade e disponibilidade do gestor envolvido. A complexidade ocorre na fase inicial, na realização dos primeiros contatos, especialmente por ser um trabalho inovador e terem envolvidos profissionais renomados e de grandes instituições de ensino e saúde, como os grandes hospitais universitários e centros de referência do país. Contudo, observa-se claramente a melhora da relação com a SES. Somos frequentemente convidados a discutir em conjunto alterações de protocolos, constituição de Comitês Técnicos, realização de Protocolos Estaduais, discussão de casos clínicos que suscitam dúvidas aos PCDT ministeriais, bem como apresentação de palestras em seminários e congressos. Diariamente há contato com a coordenação em busca de esclarecimento de dúvidas. Em se tratando de uma parceria, estes profissionais também têm contribuído com a qualificação dos profissionais que atuam na SES como analistas técnicos, ministrando aulas sobre os mecanismos das doenças envolvidas no CEAF. São proferidas palestras em associações de pacientes, orientando-os, trazendo-lhes segurança no tratamento, na regularidade do abastecimento, confiança no trabalho desenvolvido e tranquilidade por entenderem que há inúmeros profissionais de várias áreas da Assistência Farmacêutica comprometidos, visto que havia uma insegurança muito grande na incerteza de que se teria o medicamento para o próximo mês.

Conclusão

O CEAF é de fundamental importância para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico, considerando, sobretudo o valor dos medicamentos envolvidos. Assim, evidencia-se que o financiamento do CEAF envolve um alto volume de recursos financeiros e é considerado tema prioritário na agenda das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2004). Neste sentido, este trabalho aborda a proposta de otimização da utilização dos recursos públicos, através da orientação para o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Com ações de capacitação e comunicação em saúde como estratégias importantes tanto para conscientização do usuário quanto dos prescritores e dispensadores no que se refere ao acesso e uso racional. Discutir essa questão com os mais diversos grupos é fundamental para promover o uso racional de medicamentos. Baseando-se nesse preceito, é realizado um trabalho para mobilizar e conscientizar a comunidade acadêmica e a sociedade de forma geral sobre questões de grande relevância para a saúde pública, como a existência de “Programas” específicos para obtenção de medicamentos gratuitos no âmbito do SUS, forma de acesso aos mesmos, existência e divulgação de Protocolos Clínicos, como instrumentos importantes de padronização das condutas terapêuticas. Este trabalho tem sido desenvolvido com dois enfoques - um deles direcionado à população, abordando, por meio de ações informativas, questões como acesso aos medicamentos, fluxos para cadastro no Componente Especializado, cuidados no transporte, armazenamento e utilização de medicamentos, papel do

farmacêutico no apoio a esclarecimento de dúvidas relacionadas à terapêutica, e outro voltado para os médicos e acadêmicos, discutindo mecanismos e corresponsabilidades no processo de inserção dos usuários ao CEAF.

Referências

BELTRAME, A. **Ampliação do acesso a medicamentos de alto custo**: uma análise da política brasileira. 2002. 103 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde)—Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação de usuários dos serviços públicos**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000.

CERQUEIRA, R. M. M. C. de. **Medicamentos excepcionais no contexto da assistência farmacêutica**: estudo de caso em duas unidades de referência do PEMAC – Bahia. (Dissertação de Mestrado)—Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

NETTO, Andrei. O Brasil virou refém de medicamentos caros. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 44, 24 abr. 2005.



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:
Tese de Doutorado



TRABALHO PREMIADO

Estudo epidemiológico de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos brasileiros

Autora: Tatiana Chama Borges Luz

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz)

Contato: tatianachama@cpqrr.fiocruz.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os idosos compõem um grupo especial da população no que diz respeito à necessidade de medicamentos, pois, geralmente possuem doenças crônico-degenerativas e múltiplas que perduram por vários anos e que exigem farmacoterapia constante (KAUFMAM; BRODIN; SARAFIAN, 2005). Todavia, os benefícios dos tratamentos prescritos podem ser comprometidos quando não há adesão. A principal forma de não adesão praticada pelos idosos é a subutilização de medicamentos (BARAT; ANDREASEN; DAMSGAARD, 2001), que ocorre quando um tratamento prescrito não é realizado ou é feito de forma parcial, seja por meio da redução de doses, frequências de uso e/ou duração (KIRKING, 2006). Tal prática pode ser especialmente prejudicial para esses indivíduos, uma vez que pode resultar em piora do estado de saúde, dos sintomas e do controle dos agravos, além de outros desfechos negativos como maior número de visitas a serviços de emergência, hospitalizações e morte (HEISLER et al., 2004; VIK et al., 2006). Barreiras ao acesso a medicamentos, principalmente financeiras, têm sido apontadas como uma importante razão para a ocorrência da subutilização, fato que tem gerado um crescente número de investigações sobre o tema “subutilização por motivos financeiros”. Estima-se que um quarto dos idosos subutilize medicamentos em virtude dos custos elevados (SAFRAN et al., 2005). Vale ressaltar, por outro lado, que os custos dos medicamentos não são suficientes para explicar essa subutilização, tendo sido verificada sua ocorrência mesmo entre aqueles indivíduos que poderiam arcar com tais despesas (PIETTE; HEISLER; WAGNER, 2004). Apesar da relevância do tema e do número crescente de pesquisas que buscam compreender e prever o comportamento dos idosos com relação à subutilização por motivos financeiros, seu completo entendimento ainda não foi alcançado. Os estudos epidemiológicos sobre esse tema, por exemplo, têm permanecido restritos a países desenvolvidos (BRIESACHER; GURWITZ; SOUMERAI, 2007). Considerando-se que o envelhecimento populacional é uma realidade brasileira — a cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população (LIMA-COSTA; VERAS, 2003) — e que dois terços desse grupo é composto por usuários do SUS (VERAS; PARAHYBA, 2007), a produção de conhecimento sobre a subutilização de medicamentos por motivos financeiros torna-se relevante. Dentre as lacunas observadas na literatura, pode-se citar, ainda, a falta de estudos específicos sobre a prática entre as mulheres idosas. É importante destacar

que, a exemplo do que ocorre em outras partes do mundo, as idosas brasileiras podem ser um grupo especialmente vulnerável à subutilização, uma vez que elas são particularmente expostas à pobreza, além de conferirem à sua saúde uma avaliação pior e de relatarem mais morbidades e incapacidades quando comparadas aos homens na mesma faixa etária (BARRETO; KALACHE; GIATT, 2006; PINHEIRO et al., 2002). O presente estudo pretende contribuir para a compreensão dos mecanismos subjacentes à subutilização, considerando-se tanto aspectos individuais quanto contextuais. Pretende-se conhecer os subgrupos de idosos mais vulneráveis à subutilização, possibilitando, com isso, a elaboração de estratégias específicas para a redução do problema com consequente ganho de eficiência para o sistema de saúde.

Introdução

O envelhecimento populacional constitui-se na mais importante mudança demográfica e uma das maiores conquistas da humanidade. No entanto, este processo traz também importantes repercussões nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural das sociedades, uma vez que os idosos possuem demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida. No que se refere aos cuidados com saúde, por exemplo, sabe-se que as demandas geradas pelo aumento da longevidade incluem o incremento da necessidade de medicamentos, entre outras tecnologias (KAUFMAN; BRODIN; SARAFIAN, 2005). Mas, mesmo com os benefícios bem documentados da farmacoterapia, seu alto custo vem promovendo a subutilização por motivos financeiros, uma forma de não adesão ao tratamento (KIRKING, 2006; PIETTE; HEISLER; WAGNER, 2004). É fato que os idosos gastam mais com produtos farmacêuticos do que qualquer outro grupo populacional e que estes custos aumentam com o aumento da idade (SAFRAN et al., 2005). Por outro lado, apesar de não se ter, ainda, o completo entendimento dessa subutilização, a mesma não deve ser vista apenas como um fenômeno econômico isolado. Os autores têm evidenciado, por exemplo, que fatores como sexo feminino, idade mais jovem do idoso, renda mais baixa, ser não branco, estar em pior condição de saúde e a presença de co-morbidades são fatores que contribuem para a subutilização (SAFRAN et al., 2005; BRIESACHER; GURWITZ; SOUMERAI, 2007; KLEIN; TURVEY; WALLACE, 2004; STEINMAN; SANDS; COVINSKY, 2001). Existem, ainda, evidências de que a subutilização é menor entre os filiados a plano de saúde, entre aqueles com menores gastos mensais com medicamentos ou que têm cobertura para obtenção dos seus tratamentos (PIETTE; HEISLER; WAGNER, 2004; BRIESACHER; GURWITZ; SOUMERAI, 2007; KLEIN; TURVEY; WALLACE, 2004; WILSON et al., 2007). A melhor qualidade da assistência médica recebida, por outro lado, tem sido apontada como fator de proteção para a subutilização por motivos financeiros (TAIRA; IWANE; CHUNG, 2003). Pretende-se com este trabalho conhecer a prevalência e buscar o entendimento dos fatores individuais e contextuais associados à subutilização por motivos financeiros entre idosos e idosas residentes em duas comunidades localizadas no Estado de Minas Gerais, Brasil (Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH e Bambuí).

Objetivos

O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a subutilização por motivos financeiros entre idosos residentes em duas comunidades do Estado de Minas Gerais (Região Metropolitana de Belo Horizonte e município de Bambuí). Especificamente, objetiva-se estimar a prevalência e identificar a influência de fatores sócio-demográficos, econômicos, relativos à saúde, à

percepção de capital social e ao sistema de saúde na subutilização por motivos financeiros em populações de idosos residentes nas duas comunidades supracitadas.

Metodologia

Este trabalho possui delineamento transversal, sendo a fonte de informação os bancos de dados de participantes do Inquérito de Saúde dos Adultos da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) ($n = 1.788$) (LIMA-COSTA, 2004) e do décimo primeiro seguimento da coorte de Bambuí ($n = 865$) [19-20], município do interior de Minas Gerais. A variável de interesse central do estudo foi a subutilização de medicamentos por motivos financeiros, obtida por meio da pergunta: “Nos últimos 30 dias devido a problemas financeiros, o(a) senhor(a): (1) deixou de tomar algum medicamento receitado por um médico ou dentista; (2) diminuiu o número de comprimidos que deveria tomar; (3) diminuiu a dose do remédio, partindo o comprimido ou tomando menos gotas?” (PIETTE; HEISLER; WAGNER, 2004; KLEIN; TURVEY; WALLACE, 2004; SOUMERAI et al., 2006). Os respondentes foram classificados em duas categorias: os que subutilizaram medicamentos e os que não tiveram problemas financeiros para adquirir medicamentos. Foi considerada subutilização a resposta afirmativa há pelo menos uma das três opções descritas. Foram realizados três estudos. No primeiro, foi estimada a prevalência e avaliados os fatores associados (demográficos, sócio-econômicos e relativos à saúde) à subutilização de medicamentos por motivos financeiros em população acima de 60 anos, residentes na RMBH. Já no segundo estudo foi verificada a existência de associação entre capital social e subutilização por motivos financeiros na referida população. No terceiro estudo foi estimada a prevalência e avaliados os fatores associados à subutilização em mulheres acima de 70 anos, residentes tanto na RMBH quanto em Bambuí. Foram realizadas análises estatísticas univariadas e multivariadas. As primeiras, baseadas no teste do qui-quadrado de Pearson, foram realizadas para verificar as possíveis diferenças entre idosos que subutilizaram medicamentos e aqueles que não subutilizaram, considerando características demográficas, sócio-econômicas, relativas à saúde, ao acesso e utilização de serviços de saúde e às medidas de capital social. Nos dois primeiros estudos foram realizadas regressões de Poisson robustas para estimar as razões de prevalência e os intervalos de 95% de confiança. No terceiro estudo foram estimadas as razões de chance e os intervalos de 95% de confiança pela regressão logística. Nas análises multivariadas, foram incluídas nos modelos iniciais todas as variáveis que, nas análises univariadas, apresentaram associação com a subutilização de medicamentos em nível de significância inferior a 0,20, de acordo com o teste do qui-quadrado de Pearson. Nos dois primeiros estudos foi realizada a regressão de Poisson robusta e no terceiro, a regressão logística. Os dados foram analisados no programa Stata, versão 9.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Resultados

A prevalência da subutilização por motivos financeiros para idosos acima de 60 anos, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), foi de 12,9%. Inicialmente, fatores individuais contribuíram de forma independente para a subutilização: renda pessoal mensal, filiação a plano privado de saúde, frequência com que o profissional de saúde esclareceu sobre a saúde/tratamento, autoavaliação de saúde e número de condições crônicas. Reduziram as prevalências da subutilização, a maior renda pessoal mensal ($RP = 0,57$; $IC95\% = 0,34-0,97$) e a filiação a plano de saúde ($RP = 0,68$;

IC95%=0,46-0,99). Por outro lado, essas prevalências foram significativamente aumentadas quando o profissional de saúde raramente ou nunca esclareceu sobre a saúde/tratamento (RP=1,79; IC95%=1,10-2,90), na pior autoavaliação de saúde (razoável, RP=1,66; IC95%=0,95-2,90 e ruim/muito ruim, RP=2,49; IC95%=1,38-4,48) e na presença de morbidades (uma, RP=2,51; IC95%=0,99-6,35; duas, RP=3,51; IC95%=1,40-8,72 e três ou mais, RP=4,52; IC95%=1,79-11,41). Em seguida, observou-se que a subutilização foi menor para os indivíduos com maior coesão ao bairro de moradia (RP=0,68; IC95%=0,50-0,94) e com mais contatos sociais (um a cinco, RP=0,49; IC95%=0,30-0,80 e mais de cinco, RP=0,42; IC95%=0,26-0,67). Além disso, alguns fatores individuais ainda permaneceram associados à prática: filiação a plano privado de saúde, frequência com que o profissional de saúde esclareceu sobre a saúde/tratamento, autoavaliação de saúde e número de condições crônicas. A filiação a plano de saúde permaneceu como fator de proteção para a subutilização (RP=0,64; IC95%=0,45-0,93), enquanto os demais fatores contribuíram para aumentar as suas prevalências: frequência com que o profissional de saúde esclareceu sobre a saúde/tratamento (raramente/nunca, RP=1,91; IC95%=1,16-3,13); autoavaliação de saúde (razoável, RP=1,66; IC95%=0,95-2,90 e ruim/muito ruim RP=2,62; IC95%=1,46-4,71) e número de condições (duas RP=3,45; IC95%=1,38-8,62 e três ou mais, RP=4,42; IC95%=1,74-11,25). Finalmente, para as idosas acima de 70 anos, a prevalência da subutilização foi de 11,4% para as que residem na RMBH e de 5,4% para as residentes em Bambuí. Na RMBH, fatores individuais e contextuais estiveram independentemente associados à subutilização: autoavaliação de saúde, capacidade funcional e percepção de ajuda. A autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e a presença de incapacidade funcional aumentaram as chances de sua ocorrência (OR=5,45; IC95%=1,80–16,49 e OR=2,31; IC95%=1,03-5,17, respectivamente). A percepção de ajuda atuou como fator de proteção (OR=0,40; IC95%=0,18-0,92). Em Bambuí, apenas fatores contextuais contribuíram para explicar a subutilização, reduzindo suas chances de ocorrência: percepções de coesão ao bairro de moradia (OR=0,42; IC95%=0,18-0,97) e do ambiente físico (OR=0,39; IC95%=0,17-0).

Conclusão

Os estudos apresentados são parte integrante do primeiro trabalho brasileiro de base populacional sobre a subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos. Os resultados evidenciaram uma situação de risco para indivíduos em piores condições de saúde e confirmaram a importância dos aspectos sócio-econômicos para a subutilização. Além disso, indicaram também que a determinação dessa subutilização está ligada à qualidade da comunicação médico-paciente e ao contexto social no qual o indivíduo está inserido, sendo este último aspecto especialmente relevante para as mulheres idosas. Estes resultados apontam para a necessidade de modificações no sistema público de saúde brasileiro para melhorar o acesso da população idosa aos medicamentos. É importante que as políticas públicas de saúde considerem o fato de que o maior acesso aos medicamentos e sua utilização em condições ideais incorporam questões que ultrapassam as dimensões de uma oferta adequada, em termos de quantidade e qualidade. Neste aspecto, essas políticas devem ser direcionadas também para a promoção de maior integração do idoso em sua comunidade e para a organização dos serviços de atenção à saúde do idoso, de modo a estimular a adesão ao tratamento farmacológico. No âmbito local, é preciso que o médico assistente, por exemplo, reserve tempo na consulta para discutir, entre outras coisas, os custos dos medicamentos prescritos e a adequação do tratamento ao estilo de vida do idoso. É importante que

o farmacêutico participe também mais ativa e integralmente de todos os processos que envolvam medicamentos. Espera-se com este trabalho ter contribuído para uma reflexão sobre a assistência à saúde prestada ao idoso especialmente no que diz respeito aos medicamentos. Espera-se que os resultados apresentados possam efetivamente servir para subsidiar a (re)formulação e o planejamento de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional.

Referências

- BARAT, I.; ANDREASEN, F.; DAMSGAARD, E. M. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. **British Journal of Clinical Pharmacology**, Oxford, v. 51, n. 6, p. 615-622, 2001.
- BARRETO, S. M.; KALACHE, A.; GIATT, L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 347-355, 2006.
- BRIESACHER, B. A.; GURWITZ, J. H.; SOUMERAI, S. B. Patients at-risk for cost-related medication nonadherence: a review of the literature. **Journal of General Internal Medicine**, Bethesda, v. 22, n. 6, p. 864-871, 2007.
- HEISLER, M. et al. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. **Medical Care**, Philadelphia, v. 42, n. 7, p. 626-634, 2004.
- KAUFMAM, M. B.; BRODIN, K. A.; SARAFIAN, A. Effect of prescriber education of the use of medications contraindicated in older adults in a managed medicare population. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 11, n. 3, p. 211-217, 2005.
- KIRKING, D. M. et al. Patient reported underuse of prescription medications: a comparison of nine surveys. **Medical Care Research and Review**, London, v. 63, n. 4, p. 427-446, 2006.
- KLEIN, D.; TURVEY, C.; WALLACE, R. Elders who delay medication because of cost: health insurance demographic health and financial correlates. **The Gerontologist**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 779-787, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F. **A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional**. Belo Horizonte: Rona Editora, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 126-135, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The Bambui Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 327-335, 2011. supl. 3.

PIETTE, J. D.; HEISLER, M.; WAGNER, T. H. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. **American Journal of Public Health**, Birmingham, v. 94, n. 10, p.1782, 2004.

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

SAFRAN, D. G. et al. Prescription drug coverage and seniors: findings from a 2003 national survey. **Health Affairs**, Bethesda, v. 24, p.152-167, 2005.

SOUVERAI, S. B. et al. Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled medicare beneficiaries: a national survey 1 year before the medicare drug benefit. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 17, p. 1829-1835, 2006.

STEINMAN, M. A.; SANDS, L. P.; COVINSKY, K. E. Self-restriction of medications due to cost in seniors without prescription coverage. **Journal of General Internal Medicine**, Bethesda, v. 16, n. 12, p. 793-799, 2001.

TAIRA, D. A.; IWANE, K. A.; CHUNG, R. S. Prescription drugs: elderly enrollee reports of financial access receipt of free samples and discussion of generic equivalents related to type of coverage. **The American Journal of Managed Care**, Old Bridge, v. 9, n. 4, p. 305-312, 2003.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VIK S. A. et al. Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. **Drugs and Aging**, Aukland, v. 23, n. 4, p. 345-356, 2006.

WILSON, I. B. et al. Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. **Journal of General Internal Medicine**, Bethesda, v. 20, n. 8, p. 715-720, 2007.



MENÇÃO HONROSA

Abordagem farmacocinética e farmacodinâmica no monitoramento terapêutico de antimicrobianos em pacientes queimados da Unidade de Terapia Intensiva

Autoras: Cristina Sanches Giraud, Silvia Regina Cavani Jorge Santos

Co-autores: David Souza Gomez, Edvaldo Vieira Campos, Carlindo Vieira Jr, Adriana Maria dos Santos

Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Contato: cristina.sanches.giraud@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Novas estratégias visando à melhoria da assistência médica prestada, da qualidade de vida do paciente e a redução de custos hospitalares estão entre as prioridades dos administradores hospitalares. Neste enfoque, a farmacocinética clínica apresenta-se como uma ferramenta de apoio terapêutico que garante uma prescrição dose ajustada e promove o uso racional do medicamento. As infecções hospitalares constituem hoje um grave problema de saúde pública devido ao surgimento de cepas resistentes aos agentes existentes e reduzindo o arsenal terapêutico disponível. Dentro deste contexto, o paciente queimado apresenta alta incidência de sepse e características bastante heterogêneas (tipo da queimadura, profundidade e extensão da lesão). Consequentemente, registra-se alta variabilidade farmacocinética (PK) intrapaciente e interpacientes, sendo a PK considerada imprevisível e tornando ainda mais difícil a garantia da eficácia da terapêutica antimicrobiana. Desta forma, nesta população, a individualização da terapia farmacológica, com base no controle terapêutico e modelagem PK e PK-PD, é uma ferramenta indispensável para reduzir a progressão do desenvolvimento de resistência. Ressalta-se que desde a década de 1970, o serviço de farmacocinética clínica já existe à disposição da comunidade médica nos hospitais americanos. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Hospitalares (SBRAFH) se associou ao Conselho Federal de Farmácia (CFF) em 2007 e lançaram a cartilha “Padrões mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde”, onde se registra a necessidade de implantação de um serviço de farmacocinética clínica com a descrição dos parâmetros mínimos para o ambiente laboratorial e os recursos humanos necessários. Apesar de raros, existe hoje no país centros de referência que possuem este serviço implantado onde se observa redução do índice de falha terapêutica, redução do tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que representa uma considerável redução de custos hospitalares e benefícios para o paciente (ASHP, 1998; SBRAFH, 2007; DASGUPTA, 2008; SANTOS, 2008; KANG; LEE, 2009). Na presente tese de doutorado realizada dentro de uma UTI de queimados pertencente ao SUS, a incorporação do conhecimento científico gerado pôde ser notada: • na aceitação da equipe médica através

das várias intervenções realizadas nas prescrições e das solicitações de acompanhamento; fornecendo subsídios indispensáveis à elaboração de prescrição racional, dose ajustada para o controle da sepse. • discussões farmacocinéticas na beira do leito; oferecendo suporte farmacoterapêutico baseado no monitoramento das concentrações plasmáticas de antimicrobianos aos médicos intensivistas da unidade; • solicitação de ampliação do projeto por parte da instituição para quantificação de anfotericina B, ceftriaxona, linezolida, meropenem, polimixina B e E; • solicitação de ampliação do estudo para inclusão de crianças internadas na unidade; • divulgação dos resultados através de apresentações em congressos internacionais, convite para conferências e publicações científicas.

Introdução

Concentrações subterapêuticas de um antimicrobiano podem levar à ineficácia no tratamento e ao surgimento da resistência. Pacientes em estado crítico (incluindo queimados), sob situação de “stress”, estado hiperdinâmico ou em sepse, apresentam alterações farmacocinéticas (alteração na eliminação, aumento do volume de distribuição e redução da meia vida biológica). Adicionalmente, após a queimadura todos os órgãos e sistemas sofrem mudanças fisiopatológicas dinâmicas, devendo-se esperar então uma alteração profunda na farmacocinética de todos os fármacos de administração sistêmica no paciente grande queimado. Existe ainda, uma maior susceptibilidade às infecções (perda da primeira linha de defesa/pele, presença de tecido desvitalizado/escara e alterações do sistema imune), a necessidade de antimicrobianos, muitas vezes em dose inadequada (o regime empírico de dosagem baseado na idade, peso e função renal dentre outros, não é seguro nem efetivo no paciente queimado). A literatura disponível é muito escassa e não dispõe de resultados consistentes até o momento. Finalmente, o sucesso do tratamento farmacológico depende da correlação dose, variação da concentração plasmática do fármaco e do efeito farmacológico no decurso do tempo, que variam com as condições fisiopatológicas e regime posológico prescrito. Além disso, idade, sexo, genética, índice de massa corpórea, dieta, e a co-administração de outros medicamentos, podem alterar a farmacocinética com conseqüente modificação das concentrações plasmáticas no regime de dose utilizado. Desta forma, concentrações ineficazes de fármacos, e principalmente, de antimicrobianos nos queimados, são decorrentes da imprevisibilidade da farmacocinética. Conseqüentemente, a dose empírica prescrita na maioria das vezes é inadequada e pode levar ao surgimento da resistência aos agentes terapêuticos disponíveis.

Objetivos

Realizar o monitoramento plasmático de oito antimicrobianos (cefepime, ciprofloxacino, fluconazol, imipenem, oxacilina, piperacilina, sulfametoxazol e vancomicina) prescritos na UTI de queimados, para o ajuste do regime de dose e controle das infecções a partir da abordagem farmacocinética e modelagem farmacocinética-farmacodinâmica, de forma a fornecer subsídios indispensáveis à elaboração de prescrição racional/dose ajustada.

Metodologia

Casuística: investigaram-se 32 pacientes queimados internados na UTI de queimados, com sepse, recebendo pela via sistêmica um ou mais dos antimicrobianos estudados. Métodos - Etapa Clínica: os pacientes receberam os antimicrobianos para o controle das infecções seguindo as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) relativas ao regime de dose empírica inicial. Realizou-se o monitoramento plasmático do fluconazol, para a infecção fúngica, e dos sete antimicrobianos mais prescritos na UTI para os germes da comunidade e hospitalares (cefepime, ciprofloxacino, imipenem, oxacilina, piperacilina, sulfametoxazol e vancomicina) através das coletas de amostras sanguíneas de pico (termino da infusão) e vale (imediatamente antes da dose subsequente). Complementarmente, a critério clínico, foram colhidas amostras seriadas de sangue (pico, 1^a, 2^a, 4^a, 6^a e vale), totalizando seis coletas, para investigação da farmacocinética do agente que requereu ajuste de dose e individualização de terapia no paciente queimado. As coletas de sangue foram realizadas através de cateter venoso (2ml/ coleta em tubos contendo EDTA sódico) pelo médico intensivista de plantão na UTI; o plasma foi obtido pela centrifugação para análise do fármaco de interesse ou então armazenado no congelador (-80o C) até o ensaio. Métodos - Etapa Analítica: previamente à realização da etapa clínica, foi realizado no laboratório, o desenvolvimento, validação e otimização de método bioanalítico para quantificação dos oito antimicrobianos no plasma. Preferencialmente, as análises foram realizadas no dia da coleta de sangue do paciente, e o “Laudo de Exame”, contendo os resultados, foi expedido no mesmo dia ou na manhã do dia subsequente possibilitando a intervenção precoce da equipe clínica e se necessária a substituição do regime empírico pela terapia individualizada dose ajustada. Métodos - Etapa Estatística: a estatística, propriamente dita, foi realizada pelo tratamento estatístico com utilização do software GraphPad Prism 4.0, pela utilização de testes paramétricos e não paramétricos. A modelagem farmacocinética foi realizada através da aplicação do software PK Solutions 2.0 aos pares de dados (C vs T) para cada antimicrobiano. Adicionalmente, aplicou-se o software GraphPad Prism 4.0 para a modelagem PK-PD, ferramenta importante na tomada de decisão relativa à alteração do regime empírico dos antimicrobianos.

Resultados

Os pacientes queimados incluídos no protocolo eram adultos de ambos os sexos 23F/9M, 39,6 anos, 69,5 kg, 33,9% de superfície corpórea queimada (SCQ), e os agentes da queimadura foram para 27 pacientes/ térmico-fogo e para cinco pacientes/trauma elétrico; a lesão inalatória foi registrada em 11/32 pacientes. Foram realizados 303 seguimentos farmacoterapêuticos com a emissão de laudos de exame para os antimicrobianos prescritos aos pacientes nas fases precoce e tardia da internação. O ajuste de dose foi requerido para a vancomicina em 88% das solicitações de exame, cefepime (65%), sulfametoxazol (52%), fluconazol (74%) e imipenem (19%). Registrou-se alta variabilidade na farmacocinética para todos os antimicrobianos investigados. Adicionalmente, registrou-se alteração significativa dos parâmetros farmacocinéticos do imipenem, fluconazol, sulfametoxazol e vancomicina nos seguimentos de pacientes queimados com disfunção renal dialítica relativamente aqueles em que se registrou função renal preservada. A modelagem PK-PD para os diversos antimicrobianos se baseou nos parâmetros de predição de eficácia recomendados, tais como o intervalo de tempo em que a concentração plasmática permaneceu acima da concentração inibitória mínima (%T > CIM) para o cefepime, imipenem, oxacilina e piperacilina, ASCss0-24/CIM + Cssmax/CIM para o ciprofloxacino, ASCss0-24/CIM para o fluconazol e a vancomicina e ASCss0-24/CIM + %T > CIM para a sulfametoxazol.

Conclusão

A farmacocinética clínica é uma ferramenta que incorpora conhecimento científico na prestação de serviço de apoio terapêutico à equipe médica da Terapia Intensiva junto ao paciente de risco; contribuindo de forma efetiva no controle das infecções de grandes queimados imunossuprimidos e de internação prolongada, reduzindo custos hospitalares envolvidos na terapia intensiva (de ônus considerável e já conhecido), consequência da boa evolução e alta precoce do paciente da UTI para a enfermaria. Registrou-se na presente tese alta variabilidade na farmacocinética dos agentes investigados e a modelagem PK-PD justificou plenamente a substituição da terapia empírica inicial pela dose ajustada para a cobertura dos germes sensíveis, daqueles apresentando sensibilidade dose dependente ao antimicrobiano, além daqueles com alta concentração inibitória mínima (CIM), pouco sensíveis às doses usuais. Finalmente, a modelagem PK-PD mostrou-se definitiva e ferramenta indispensável na manutenção desses agentes no arsenal terapêutico, garantindo terapia eficaz ao paciente queimado, evitando a emergência bacteriana e o desenvolvimento de resistência.

Referências

- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (ASHP). Statement on the pharmacist's role in clinical pharmacokinetic monitoring. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 55, p. 1726-1727, 1998.
- DASGUPTA, A. Introduction to therapeutic drug monitoring. In: DASGUPTA, A. (Ed.). **Handbook of drug monitoring methods: therapeutics and drugs of abuse**. New Jersey: Humana Press, 2008. p. 1-39.
- KANG, J. S.; LEE, M. H. Overview of therapeutic drug monitoring. **The Korean Journal of Internal Medicine**, Mapo-gu, v. 24, n. 1, 2009.
- SANTOS, S. R. C. J. Monitorização Terapêutica. In: MOREAU, R. L. M. **Toxicologia analítica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 91-99.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS HOSPITALARES (SBRAFH). **Padrões mínimos para farmácia hospitalar**. Goiânia: SBRAFH, 2007.



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:
Dissertação de Mestrado



TRABALHO PREMIADO

Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na Rede de Atenção Básica do SUS

Autora: Vanessa de Bona Sartor

Orientador: Prof. Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Contato: va0607@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os problemas de saúde são os principais objetos de intervenção dos serviços de saúde pública, assumindo os medicamentos um papel importante no processo saúde-doença na sociedade atual. No cenário das políticas públicas do país, tem-se o arcabouço constitucional e legal garantindo o provimento dos medicamentos essenciais pelo SUS e incluindo a dispensação destes no elenco de serviços necessários à realização das ações de atenção básica. Entretanto, a realidade do acesso aos medicamentos no contexto dos serviços ainda é deficiente (MARIN, 2005). Apenas 45% dos usuários que receberam prescrição médica através do SUS tiveram acesso a 100% dos medicamentos prescritos (VIACAVA, 2010). Para ilustrar que o emprego indevido destes é um problema de saúde pública, cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente (BRASIL, 2009) e segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos são os principais causadores de intoxicação desde 1996, respondendo atualmente por 31% das intoxicações e 20% dos casos de morte (BRASIL, 2008). Entendendo que a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade dos serviços (ARAUJO et al., 2008), investimentos na prescrição e dispensação destes podem minimizar riscos associados à terapêutica medicamentosa e maximizar o alcance de resultados que tragam benefícios ao usuário (PEPE; CASTRO, 2000). No entanto, infelizmente muitos entendem que promover acesso é centrar esforços apenas na aquisição e distribuição dos medicamentos (BRASIL, 2007), sem compreender que fora do contexto de serviços de qualidade e da promoção do uso racional de medicamentos, tornam-se elementos de risco para a saúde e ônus para o sistema, seja pelas iatrogenias provocadas, seja pelas perdas decorrentes de uma gestão inadequada. Diante desta problemática e considerando que a dispensação se executada adequadamente permite que o medicamento, de boa qualidade, seja entregue sob orientação para o uso correto ao usuário certo, na dose prescrita, na quantidade adequada embalado de forma a preservar a qualidade do produto (MARIN, 2003; OLIVEIRA et al., 2006), consiste a indagação desse estudo: Como os serviços de dispensação de medicamentos do SUS, mais especificamente os da atenção básica, disponibilizam estes produtos à população. A qualificação constante dos serviços se faz necessária para que o SUS avance na concretização de seus princípios e diretrizes, nessa perspectiva a avaliação torna-se essencial. Para além de uma proposição acabada, espera-se que este estudo contribua tanto à qualificação da dispensação no âmbito dos serviços do SUS quanto à

institucionalização de avaliações permanentes nos quais o princípio democrático seja respeitado e a direcionalidade política para a transformação da realidade seja atendida.

Introdução

Nas instituições públicas a avaliação surge a partir da necessidade de verificar os efeitos de suas intervenções, implicando a emissão de julgamento de valor. O objeto avaliado deve ser definido e o critério com o qual será apreciado deve ser selecionado. Dentre as diversas proposições, os objetos podem ser analisados e apreciados segundo quatro critérios (SCARATTI, 2007): a eficiência – voltada à do uso racional dos recursos; a eficácia – associada ao cumprimento de metas, objetivos e padrões; a efetividade e relevância – associadas, respectivamente, ao atendimento das expectativas sociais, e dos valores e aspirações culturais dos sujeitos envolvidos, ambos avaliando os impactos. Os indicadores devem ser coerentes com o modo de apreciação escolhido, e cada indicador deverá contar claramente um parâmetro a ser comparado (TANAKA; MELO, 2001). A dispensação compõe o conjunto de ações da assistência farmacêutica. Conjunto que também envolve a pesquisa, o desenvolvimento, a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004). Na atenção básica, assim como outros serviços, a dispensação deve estar orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), e considerar a estratégia Saúde da Família como modelo para sua reorganização. Sempre buscando atender seus objetivos gerais de: Assegurar a integralidade da prescrição; Assegurar que a prescrição seja apropriada para o usuário; Disponibilizar medicamentos com qualidade assegurada e distribuí-los com precisão; Aconselhar e educar os usuários sobre o uso e adesão ao tratamento; Documentar as ações realizadas (BRASIL, 2001; MARIN, 2003).

Objetivos

a) Propor um modelo de avaliação para o serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS; b) Identificar o grau de eficácia do serviço na rede municipal de atenção básica a saúde do município estudado; c) Definir os aspectos negativos e positivos do serviço de dispensação, do ponto de vista da eficácia, no município estudado.

Metodologia

O presente trabalho apresenta o desenvolvimento e a testagem de um modelo para avaliação da eficácia da dispensação de medicamentos. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, e discussões da proposta inicial com experts na área. Optou-se pelo critério de eficácia, por permitir avaliar o grau em que se alcançam os objetivos e metas do serviço na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN; FRANCO, 1993). No levantamento bibliográfico, foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/Opas/OMS (Lilacs e Scielo), o acervo de teses e dissertações da Universidade Federal de Santa Catarina. Adicionalmente, a ferramenta

de pesquisa Google Search também foi utilizada. Os termos empregados foram “dispensação de medicamentos” e “assistência farmacêutica”, para este último foram selecionados apenas aqueles com propósito avaliativo, ambos sem restrição de data de publicação. A busca ocorreu no mês de junho de 2009. As discussões com experts ocorreram em quatro momentos específicos, durante o desenvolvimento do estudo. Na construção dos parâmetros foi utilizado o método conhecido como “Tipo Ideal”, uma ferramenta para realizar comparações entre a realidade encontrada e um modelo imaginário pré-estabelecido, cujo requisito básico é ser coerente com esta realidade (TOBAR; YALOUR, 2001). Elaborou-se um modelo de classificação que permite chegar a um julgamento da eficácia para cada dimensão do serviço, cada serviço de dispensação e ao município estudado. Para testagem do modelo foram selecionadas 15 unidades de saúde, sendo três em cada um dos cinco distritos sanitários existentes no município de Florianópolis/SC, uma cuja farmácia é referência regional para dispensação de medicamentos constantes na Portaria MS Nº 344/98 e duas cujas farmácias não dispõem destes medicamentos. Destas últimas, uma com menor e outra com maior número de atendimento médio diário. A coleta dos dados ocorreu através da técnica de observação direta, utilizando formulário próprio. Os dados foram sistematizados e analisados segundo os parâmetros e modelo de classificação predefinida. Para a caracterização da unidade de saúde observou-se: nº médio de atendimentos diários na farmácia; fixação do dispensador na farmácia; cargo do dispensador; responsável pelo serviço, e tempo médio de dispensação. A principal limitação do estudo pode ser o efeito Hawthorne segundo o qual os sujeitos sob observação podem agir de maneira particular (GALANTE et al., 2003). A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme estabelece a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996. Contou com autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado.

Resultados

Modelo:

Definição de dispensação: serviço de saúde que visa orientar o usuário do medicamento para o uso correto, para adesão ao tratamento e prevenção de agravos, ao mesmo tempo em que visa entregar o medicamento de boa qualidade, na dose e na quantidade necessárias para o tratamento prescrito, embalando-os de forma a preservar a qualidade do produto. A relação entre farmacêutico e usuário ainda deve permitir a identificação e a resolução de certos problemas relacionados aos medicamentos e certos resultados negativos da farmacoterapia em andamento, além de identificar aquelas situações que necessitam de atendimento em outros serviços. Para tal, requer ações técnicas, como as de separação e preparação dos medicamentos solicitados e de procedimentos administrativos necessários ao registro e controle de estoque, e ações que exigem um conhecimento clínico, seja na verificação da integralidade da prescrição, seja na orientação prestada (PERINI, 2003; BRASIL, 2001; OLIVEIRA et al., 2006; ANGONESI, 2008; GALATO et al., 2008; IGLÉSIAS-FERREIRA; SANTOS, 2009; CORRER, 2006). A matriz avaliativa conta com cinco dimensões e nove indicadores: A dimensão Acolhimento contou com o indicador Abordagem ao usuário para verificar se o serviço buscou conhecer as necessidades do usuário. A Validação da prescrição, para identificar se houve análise da sua adequação ao usuário, utilizou-se dois indicadores: Análise da prescrição e Análise da terapia.

A Separação e Preparação, objetivando fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária, contou com os indicadores: Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento e Adequação às técnicas de preparação. A Orientação contou com: orientação para o processo de uso e orientação para o resultado de uso, para verificar se foram fornecidas as informações necessárias. O Registro contou com os indicadores registro da saída/fornecimento dos medicamentos e registro do atendimento prestado ao usuário para verificar se abasteceram o sistema de controle estoque e de acompanhamento. Para classificação do serviço: um bom serviço não pode apresentar atributo ruim em nenhuma de suas dimensões, e deve apresentar bom na Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento; um serviço regular não pode apresentar atributo ruim nestas mesmas dimensões. Para classificação do município: Município bom – apresenta predomínio de serviços bons e no máximo 20% de serviços classificados como ruins; Município regular – máximo de 40% de serviços ruins, e Município ruim – contar com mais de 40% de serviços ruins.

Testagem:

A eficácia do serviço na amostra estudada foi classificada como regular. Os indicadores que apresentaram melhor desempenho foram: Análise da prescrição e Registro da saída dos medicamentos, pois 100% das unidades de saúde apresentaram um serviço que realiza a análise da prescrição e registra a saída dos medicamentos dispensados. O pior resultado ocorreu no indicador Adequação às técnicas de preparação do medicamento, pois nenhuma unidade de saúde realizou o fracionamento segundo legislação sanitária vigente. Seguido pela Orientação para os resultados de uso do medicamento mostrou que apenas 33,3% realizaram este tipo de orientação, e Registro do atendimento prestado mostrou que 74,4% dos serviços não registraram nenhuma das inconformidades encontradas ou intervenção realizada durante a dispensação.

Conclusão

Entendendo que um serviço eficaz, ao atender seus objetivos e metas, terá maior probabilidade de produzir os resultados esperados do que aquele ineficaz, a escolha do critério eficácia foi oportuna por permitir focar no processo de trabalho, deixando aspectos estruturais para a contextualização do achado e os de resultados para futuras avaliações de efetividade e relevância. Permitiu verificar o alcance dos objetivos da dispensação identificando os pontos críticos que merecerão intervenção. É viável para diferentes tipos de unidades de saúde/farmácias e o método de coleta pode ser adaptado às necessidades de cada município minimizando as limitações inerentes à técnica de observação direta. A dispensação, apesar de ser uma prática farmacêutica pouco avaliada no Brasil, está à disposição da população há anos como principal fonte de acesso aos medicamentos. Não apenas a avaliação da dispensação está incipiente, mas a própria publicação e indexação de trabalhos sobre este serviço é escasso. No entanto, este estudo e aqueles encontrados no levantamento bibliográfico, apontam uma situação preocupante em que a dispensação se encontra. A diversidade conceitual e de entendimento encontradas sobre as ações constitutivas da dispensação, aliada às potencialidades que este serviço tem para serem desenvolvidas na medida em que poderiam servir de ponto de apoio no acompanhamento ambulatorial

dos usuários do sistema, nos remete a refletir e intervir sobre a concepção de serviço de dispensação que o SUS está implementando. Considera-se que os esforços para qualificar a dispensação estão intimamente relacionados com a qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica.

Referências

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 629-640, 2008. Supl.

ARAUJO, A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, 2008. Supl.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio, 2004, s. 1, n. 93, p. 52-53.

_____. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar., 2006, s. 1, n. 61, p. 71-76.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319>. Acesso em: 13 ago. 2010.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

CORRER, C. J. **A Prática Farmacêutica de Dispensação de Medicamentos**. (Material Didático) Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Paraná. Grupo de Pesquisa em Prática Farmacêutica, 2006.

GALANTE, A. C. et al. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 357-363, 2003.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 465-475, jul./set., 2008.

IGLÉSIAS-FERREIRA, P.; SANTOS, H. J. **Manual de Dispensação Farmacêutica**. 2. ed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2009.

MARIN, N. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

_____. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OLIVEIRA, M. A. et al. **Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV e Aids**: relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/stored Documents/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBACB5FD5-4948-4575-A53B-2AC4FCAA1C29%7D/Avalia%E7%E3o%20Dispensa%E7%E3o%20Medic%20PVHA%20-%20Relat%F3rio%20Final%20%2820.12.%2006%29.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, jul./set., 2000.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.) **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil**: uma aplicação a municípios catarinenses. 2007. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **RADIS** – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, Rio de Janeiro, v. 96, p. 12-19, ago. 2010.



MENÇÃO HONROSA

Ensaio clínico controlado aleatório de um programa de atenção farmacêutica para usuários do Sistema Único de Saúde com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Autora: Aline Mourão

Co-autoras: Lisiane da Silveira Ev e Andrea Grabe Guimarães

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto

Contato: aomourao@hotmail.com

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis são um dos principais problemas de saúde pública em vários países (GENEAU et al., 2010). Em 2007, essas doenças responderam por aproximadamente 67,3% das causas básicas de óbito no Brasil. As doenças cardiovasculares (DCV) foram a principal causa, seguidas por câncer, doenças respiratórias e diabetes mellitus. Estimativas recentes do Ministério da Saúde apontam redução das causas relacionadas às DCV e doenças respiratórias e aumento na taxa de mortalidade por diabetes (BRASIL, 2010). Associado a este quadro, 76% dos brasileiros com diabetes não alcançam o controle do principal parâmetro de avaliação da glicemia: a hemoglobina glicada (A1C) (MENDES et al., 2010). Há evidências de que níveis de A1C superiores ao nível máximo recomendado de 7% estão associados ao risco progressivamente maior de complicações crônicas relacionadas ao diabetes, como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. Esses dados sinalizam a necessidade de incrementar ações de controle do diabetes, especialmente devido ao alto custo social e econômico associado a essa enfermidade (SBD, 2009). O custo anual do diabetes no Brasil, em 2000, foi estimado em US\$ 22 milhões, sendo US\$ 4 milhões relacionados principalmente aos gastos com hospitalização, consultas médicas e medicamentos (BARCELÓ et al., 2003). O tratamento da hiperglicemia e das comorbidades apresentadas por indivíduos com diabetes requerer a utilização de vários medicamentos, frequentemente incluídos na relação de medicamentos essenciais municipais e disponíveis aos usuários do SUS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Entretanto, apesar de adquiridos, esses medicamentos nem sempre são utilizados pelos usuários. Além disso, o resultado obtido com o uso desses medicamentos pode não ser o desejado devido à inefetividade e à insegurança da farmacoterapia. Todos esses fatores estão diretamente associados à manutenção e/ou progressão da hiperglicemia, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, entre outros problemas, acarretando aumento de custos para o sistema de saúde. Na prática da atenção farmacêutica, o farmacêutico avalia a indicação, efetividade, segurança e adesão à farmacoterapia e atua, em conjunto com o usuário e os profissionais que o assistem, para resolver os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados. No SUS, o farmacêutico atua essencialmente na promoção do acesso ao medicamento e com a

prática da atenção farmacêutica, podem contribuir diretamente para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e para o aproveitamento dos recursos investidos na aquisição e dispensação de medicamentos.

Objetivos

Objetivo Geral: avaliar o efeito de um programa de atenção farmacêutica para usuários do SUS hiperglicêmicos e em tratamento farmacológico para o diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos Específicos: avaliar o risco de DCV e os níveis de A1C, glicose plasmática de jejum (GPJ), colesterol total (CT), colesterol LDL, colesterol HDL, triglicérides (TG) e pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), no início e fim do acompanhamento.

Metodologia

Foi realizado ensaio clínico controlado aleatório, aberto, em seis UAPS públicas, localizadas em Ouro Preto, entre janeiro e setembro de 2010. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP e os participantes confirmaram seu desejo de participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram incluídos homens e mulheres com idade ≥ 18 anos e A1C $\geq 7\%$, portando prescrição do SUS de um ou mais antidiabéticos orais prescritos há no mínimo seis meses. Foram excluídos da amostra do estudo gestantes, nutrízes, pessoas com dificuldade de mobilidade física e participantes de outros programas de atenção farmacêutica. O recrutamento dos participantes foi realizado, entre janeiro e março de 2010, a partir de convite verbal durante a dispensação de medicamentos antidiabéticos na Farmácia Central Municipal e a partir do cadastro de diabéticos de cada UAPS. A seleção dos participantes ocorreu, entre janeiro e março de 2010, em duas etapas. Na primeira foram selecionados usuários do SUS com glicemia capilar pós-prandial ≥ 180 mg/dl e na segunda, apenas aqueles com A1C $\geq 7\%$. Todos os indivíduos com A1C $> 7\%$ foram incluídos no estudo. Foram selecionados 129 indivíduos, posteriormente alocados no grupo controle ($n=64$) ou intervenção ($n=65$), aleatoriamente, por meio de números aleatórios gerados no software Minitab® versão 15. O acompanhamento dos participantes ocorreu entre abril e setembro de 2010. Os participantes do grupo controle receberam apenas cuidados convencionais em saúde. Eles realizaram exames laboratoriais e foram entrevistados no início e fim do acompanhamento para registro de dados demográficos, clínicos e farmacoterapêuticos. Os participantes do grupo intervenção receberam cuidados convencionais em saúde e foram acompanhados por dois farmacêuticos no programa de atenção farmacêutica. Os exames laboratoriais foram realizados no início e fim do acompanhamento e a prática da atenção farmacêutica seguiu os princípios filosóficos recomendados por Cipolle, Strand e Morley (2004). As consultas farmacêuticas foram caracterizadas por coleta de informações, identificação de necessidades de saúde, identificação de PRM, elaboração de um plano de cuidado para cada problema de saúde, educação dos participantes, encaminhamento das intervenções para os profissionais de saúde e avaliação dos resultados. Os PRM foram classificados de acordo com o Pharmacotherapy Workup. O desfecho primário foi o nível sérico de A1C determinado por cromatografia líquida de alta eficiência e os desfechos secundários foram número de PRM, número de medicamentos em uso, risco de DCV, IMC e níveis de CT, colesterol LDL, colesterol HDL, TG, GPJ, PAS e PAD.

Resultados

Cem (77,5%) participantes completaram o estudo. No grupo intervenção (n=50) foram identificados em média 5,2 PRM por participante e no grupo controle (n=50) 4,2 PRM por participante no início do estudo ($p=0,005$). No grupo intervenção, comparado ao grupo controle, houve redução significativa dos níveis de A1C (9,3% [IC 95% 8,8 a 9,8] vs. 10,2% [9,5 a 10,8]; $p=0,034$), colesterol total (189,3 mg/dl [177,3 a 201,3] vs. 207,8 mg/dl [196,0 a 209,6]; $p=0,029$), colesterol LDL (105,3 mg/dl [95,5 a 115,1; n=49] vs. 123,5 mg/dl [112,0 a 134,0; n=49]; $p=0,015$) e redução do risco de doenças cardiovasculares (14,6% [12,5 a 16,7; n=45] vs. 19,6% [16,3 a 22,8; n=50] ; $p=0,034$). Não houve diferença significativa entre os grupos para os outros desfechos avaliados. A participação no grupo intervenção e os níveis de GPJ se associaram à variação da A1C na regressão linear múltipla.

Conclusão

O programa de atenção farmacêutica foi efetivo para redução dos níveis de A1C, colesterol total e colesterol LDL e para redução do risco de doenças cardiovasculares de usuários do SUS com diabetes mellitus tipo 2.

Referências

ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, 2008. Suplemento 1.

BARCELÓ, A. et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 81, n. 1, p. 19-27, 2003.

BORGES, A. P. et al. The pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. **Pharmacy World & Science**, New Jersey, v. 32, n. 6, p. 730-736, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2010.

CID, A. S. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica no controle da hipertensão arterial**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)—Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2008.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical care practice: the clinician's guide**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CORRER, C. J. et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes mellito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 7, p. 825-833, 2009.

FORNOS, A. J. et al. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. **Pharmacy World & Science**, New Jersey, v. 28, n. 2, p. 65-72, 2006.

GENEAU, R. et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. **The Lancet**, Philadelphia, v. 376, n. 9753, p. 1689-1698, 2010.

ISSETTS, B. J. et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washington, v. 48, n. 2, p. 203-211, 2008.

JARAMILLO, N. M. (Coord.). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

MENDES, A. B. V. et al. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6 671 adults with diabetes in Brazil. **Acta Diabetologica**, Berlin, v. 47, n. 2, p. 137-145, 2010.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

ROUGHEAD, E. E.; SEMPLE, S. J.; VITRY, A. I. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. **International Journal of Pharmacy Practice**, Malden, v. 13, n. 1, p. 53-70, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3. ed. São Paulo: A. A. S. Farmacêutica, 2009.



MENÇÃO HONROSA

A relação dos idosos com seus medicamentos

Autora: Cristine dos Reis

Orientador: Angelo José Gonçalves Bós

Instituição: Instituto de Geriatria e Gerontologia – PUC-RS

Contato: cristine_reis@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A promoção do uso racional de medicamentos vem sendo largamente estimulado no nosso país por profissionais de saúde, academia, Estado e sociedade. Esta prática torna-se mais desafiadora quando está relacionada com a população idosa, visto que esta possui mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Assim, o envelhecimento populacional desafia a habilidade dos profissionais de saúde produzir maneiras eficientes dos pacientes aderirem à terapia. É importante avaliar de que modo os profissionais da saúde de órgãos públicos e privados estão contribuindo para tal conduta. Além disso, os profissionais da saúde estão inseridos em um campo que é produto de uma realidade complexa envolvendo aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Nele, há necessidade de se avaliarem valores, atitudes e crenças dos grupos a quem as ações se dirigem. Assim, é necessário que os profissionais da saúde busquem aperfeiçoamento quanto às maneiras de melhor se comunicarem com os pacientes. Os profissionais farmacêuticos estão em uma posição privilegiada, visto que são o último elo entre o paciente e o medicamento. Assim, precisam ter sensibilidade para conhecer as características dos idosos para que eles não hesitem em dividir suas experiências, apreensões e dúvidas. A prática de acondicionamento domiciliar de medicamentos deve ser observada com atenção por este profissional. O uso irracional destes medicamentos pode trazer consequências graves à saúde destes usuários. Deve-se ressaltar que as unidades básicas de saúde podem estar contribuindo para tal prática, visto que a gestão do fornecimento de medicamentos não é eficiente. Os farmacêuticos têm a possibilidade de identificar este problema e desenvolver trabalhos de educação sanitária. Este estudo vem mostrar que os profissionais da saúde precisam abordar os pacientes de uma maneira clínico-humanística, para facilitar a resolução de problemas relacionados aos medicamentos e promover o uso racional destes. O medicamento não é somente um objeto que resolverá um problema no corpo do paciente, mas possui representações diversas para o paciente de acordo com sua experiência passada e presente com enfermidades ou medicamentos, influenciando as atitudes e comportamentos do paciente. A identificação dos reais significados dos medicamentos poderia facilitar um melhor aconselhamento

resultando em uma maior concordância por parte do paciente, à terapia. Os profissionais da saúde buscam melhorar a autonomia e a qualidade de vida de seus pacientes. O uso racional de medicamentos está inserido neste contexto. A atenção farmacêutica é uma prática holística, que considera o paciente como um todo. Os farmacêuticos precisam possuir sensibilidade para perceber e estar atendendo às necessidades terapêuticas dos pacientes, mas, antes de tudo, precisam se inserir no mundo deles a fim de obter mais sucesso na interferência tanto na terapêutica quanto na realidade social deste indivíduo.

Introdução

De acordo com estimativas do IBGE (2009), 13,5% da população gaúcha é formada por idosos com 60 anos ou mais de idade. Com o envelhecimento, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. O uso de muitos medicamentos está relacionado a um melhor controle dessas doenças (MEDEIROS-SOUZA, 2007). Este fato corrobora a observação de que os idosos representam o estrato etário com maior utilização de medicamentos na sociedade (MEDEIROS-SOUZA, 2007; COLET, 2008). Doenças cardiovasculares e o diabetes estão entre as enfermidades com maior prevalência entre essa população com um consumo mais importante de medicação. Neste contexto, dois fenômenos são extremamente importantes: a polifarmácia e a automedicação. Estes dois fenômenos podem conduzir à prática do acondicionamento domiciliar de medicamentos que é bastante frequente em nosso país, entretanto, poucos trabalhos tentam entender as causas desses fenômenos e o que os mesmos representam para o idoso.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo observar o que representa o medicamento para o idoso, sua compreensão e crença no seu regime terapêutico. Busca também identificar o número de medicamentos armazenados nos domicílios dos idosos, sua procedência e armazenamento, além de observar a existência ou não de medicamentos em desuso ou vencidos nestes domicílios, os motivos pelos quais eles não estão sendo utilizados e, se for o caso, onde são descartados.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, observacional não participativo. A amostra de conveniência foi composta por oito idosos diabéticos e/ou hipertensos, residentes no domicílio de Dois Irmãos, de ambos os sexos, não institucionalizados com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2010, sendo realizada somente uma entrevista por dia. As entrevistas foram gravadas e tiveram em média uma duração de 40 minutos. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada que envolveu diário de campo e um roteiro pré-estabelecido, com questões elaboradas especificamente para o estudo. A análise dos dados foi feita através da Técnica de Análise Temática, codificando e categorizando as ideias que exemplificavam os fenômenos envolvidos no estudo.

Resultados

Entre os resultados constatou-se a presença de automedicação, como uma forma de autocuidado. O pouco conhecimento sobre a terapia dos entrevistados pode estar relacionado com o fenômeno de polifarmácia observado entre os entrevistados. O uso de terapias alternativas demonstrou ser uma prática comum entre esta população. O quarto e a cozinha foram os locais preferidos pelos entrevistados para o armazenamento dos medicamentos em seus domicílios. Nestes locais observou-se a presença de medicamentos em desuso, alguns com sua validade expirada. Os entrevistados não tinham informações sobre a maneira correta de descartar seus medicamentos, sendo o lixo comum a maneira mais utilizada para esta prática. Os motivos para a manutenção de medicamentos nos domicílios foram diversos, como por exemplo: cultura de automedicação, “segurança” e acessibilidade. A maneira de aquisição variou entre os entrevistados da pesquisa: alguns compravam, outros retiravam na Unidade Básica de Saúde (UBS) e outros compravam alguns medicamentos e retiravam os demais na UBS. Outro achado importante da pesquisa foi que muitos dos entrevistados veem seus medicamentos como uma condição essencial para manutenção de suas vidas, além de proporcionar saúde e bem estar. Alguns mencionam que os medicamentos permitem sua autonomia e socialização.

Conclusão

Ao final da pesquisa, o uso de medicamentos, para os idosos, se mostrou um importante instrumento de autocuidado, de preservação da independência física e da autonomia desses indivíduos. No entanto, a quantidade de medicamentos armazenada nos domicílios alerta para a urgência no desenvolvimento de programas de educação em relação aos medicamentos. Observou-se que os medicamentos de muitos dos entrevistados dessa pesquisa provinham tanto de órgãos públicos como privados. Os fenômenos automedicação e a polifarmácia foram evidentes e são importantes porque representam uma preocupação de saúde pública. A automedicação é uma prática que pode gerar inúmeros riscos e consequências para a saúde destes idosos, pois pode agravar o fenômeno da polifarmácia o qual é preocupante visto que pode conduzir a problemas relacionados aos medicamentos. Observou-se também uma importante quantidade de medicamentos em desuso ou vencidos e o desconhecimento sobre a maneira adequada de descartá-los. A presença destes medicamentos propicia a utilização inadequada dos mesmos, com consequências perigosas à saúde dos usuários e do ambiente. Os profissionais de saúde devem atuar de maneira a despertar na população o senso de responsabilidade frente ao uso indiscriminado de medicamentos. Identificar o significado dos medicamentos para estes indivíduos permitiu a descoberta de evidências importantes para elaboração de um instrumento para quantificar este fenômeno a fim de descobrir a relevância para a população em geral. A interação do profissional farmacêutico com o paciente possibilita identificar as necessidades do mesmo e realizar as orientações sobre o medicamento, desta forma o profissional atua como um agente de saúde e transformador de uma realidade cotidiana. As orientações dos profissionais farmacêuticos podem permitir maior autonomia da população nos cuidados com a própria saúde, evitando um número insustentável de consultas médicas, diminuindo os atendimentos desnecessários.

Referências

COLET, C. **Perfil de uso, valor intrínseco, custos diretos de medicamentos e qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência em Porto Alegre/RS**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)—Faculdade de Farmácia, UFRGS, Porto Alegre, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2011.

MEDEIROS-SOUZA P, et al. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 41, n. 6, p. 1049-1053, 2007.

VIEGAS-PEREIRA, A.; RODRIGUES, R.; MACHADO, C. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul./dez. 2008.



MENÇÃO HONROSA

Utilização de medicamentos em crianças da coorte de nascimentos de Pelotas/RS, 2004.

Autor: Edilson Almeida de Oliveira

Orientadora: Andréa Dâmaso Bertoldi

Co-orientador: Marlos Rodrigues Domingues

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Contato: proedilson@ibest.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Estudos desenvolvidos especificamente com crianças nos primeiros anos de vida são, geralmente, oriundos de países desenvolvidos onde o uso racional de medicamentos (URM) está mais consolidado. Existem poucos estudos populacionais sobre o uso de medicamentos nessa faixa etária, tanto no Brasil quanto internacionalmente, e estudos longitudinais são ainda mais raros. A maioria dos estudos é transversal e refere-se à utilização de medicamentos em idades variadas, realizados em instituições e objetivando a verificação do efeito de determinado fármaco ou patologia específica. Estudos longitudinais possuem a vantagem de propiciar o reconhecimento das características precoces que podem influenciar o uso de medicamentos. A vantagem da coleta de dados sobre essa utilização a partir dos pais, em oposição à busca por meio de registros médicos ou base de dados relativos à prescrição, é que os pais se encontram em melhor condição de saber o que foi realmente administrado à criança, pois alguns fármacos podem ser prescritos, mas não administrados e, além disso, incluirá potencialmente dados sobre medicamentos oriundos da automedicação. No uso de medicamentos em pediatria, devem ser considerados os riscos potenciais do desenvolvimento de efeitos adversos e intoxicação. Erros medicamentosos potencialmente nocivos são mais comuns na população pediátrica do que na adulta e, considerando-se a prática indiscriminada da utilização de fármacos entre crianças no Brasil, caracterizada pela automedicação, temos a conformação de uma grande questão de Saúde Pública. O uso de medicamentos pode ser considerado um fator de proteção, se utilizado de forma adequada, ou de risco à saúde se houver uma utilização não racional, podendo ainda, acarretar ineficácia do tratamento ou até mesmo uma intoxicação. Assim, faz-se necessário estudar o perfil de utilização de medicamentos em crianças nos primeiros anos de vida, no que se refere aos grupos farmacológicos com maior prevalência de uso, tipo de indicação, fatores associados ao uso e ao processo de automedicação, número de fármacos utilizados, forma de aquisição, se o uso é de forma esporádica ou contínua, para assim, compreendermos a forma como está sendo realizada a racionalidade no uso de medicamentos. Além do que, uma abordagem adequada de tais aspectos, proporcionará significativo avanço nesse campo de conhecimento. No Brasil, uma combinação de fatores concorre para uma utilização não ideal de medicamentos, dentre eles destacam-se o acesso, sua função simbólica de saúde, a prática cultural já cristalizada da

automedicação e a carência de recursos financeiros para a saúde. Neste contexto, o conhecimento sobre a utilização de medicamentos em crianças até dois anos de idade, pode servir como ferramenta de auxílio na formulação de Políticas Públicas que busquem a otimização dos recursos existentes e o URM, objetivando, desta forma, a melhoria da saúde das crianças nos seus primeiros anos de vida.

Introdução

Estudos da Utilização de Medicamentos (EUM), sobretudo em crianças, são de suma importância, pois podem ajudar a compreender os aspectos multifatoriais que a determina e suas implicações na saúde. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% dos medicamentos no mundo são receitados, dispensados ou vendidos de forma inadequada. Aproximadamente um terço da população mundial não tem acesso a medicamentos essenciais e 50% não toma corretamente seus medicamentos, tendo como consequência, alto índice de morbimortalidade por infecções e doenças crônicas (OMS, 2002). Nos países em desenvolvimento o dispêndio financeiro com medicamentos alcança até 40% do gasto sanitário (OMS, 2002). No Brasil, existem poucas informações de abrangência nacional sobre o consumo de medicamentos, EUM são escassos e o alto consumo de medicamentos em crianças é preocupante, podendo inclusive, representar risco potencial de intoxicação. Para BÉRIA et al. (1993), é premente a construção de uma nova cultura relativa aos medicamentos, transformando-os de mercadoria em um instrumento de preservação e restabelecimento da saúde (BÉRIA et al., 1993). EUM em crianças atendidas por creches mostrou elevada utilização de medicamentos, inclusive de ação questionável, problemas relativos à prescrição e/ou utilização de fármacos e uso contraindicado nessa faixa etária (BRICKS; LEONE, 1996). Estudo epidemiológico do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida confirma que ele é maior entre as crianças mais jovens, sendo que o uso de três ou mais medicamentos, de formulações com três ou mais fármacos e a utilização crônica, são fatores que comprovam a intensa medicalização das crianças desde o início de suas vidas (WEIDERPASS et al., 1998). Saber como prescritores e pais elegem os medicamentos e porque eles dão este 1º passo, é fundamental para uma intervenção que objetive a otimização dos recursos disponíveis e o URM. Diante do exposto, a pesquisa objetivou estudar o perfil da utilização de medicamentos nos dois primeiros anos de vida.

Objetivos

Objetivo Geral: Estudar o perfil da utilização de medicamentos nas crianças da coorte de nascimentos de 2004, nos dois primeiros anos de vida.

Objetivos Específicos: i) Descrever características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à saúde das crianças e suas respectivas mães; ii) Descrever as características medicamentosas das crianças aos 3, 12 e 24 meses; iii) Estimar a prevalência do uso de medicamentos aos 3, 12 e 24 meses; iv) Estudar fatores associados ao uso de medicamentos aos 3, 12 e 24 meses quanto às características demográficas e socioeconômicas, relacionadas à saúde e medicamentosas.

Metodologia

O delineamento do estudo é de coorte, o método quantitativo, sendo utilizados dados da Coorte de Nascimentos de 2004 de Pelotas, que inclui todas as crianças nascidas neste ano de mães residentes na zona urbana dos municípios de Pelotas (com cerca de 350 mil habitantes) e Capão do Leão (Bairro Jardim América), situados no Estado do Rio Grande do Sul. Em 2004 nasceram 4.287 crianças, das quais 4.231 estavam vivas. Nas primeiras 24 horas após o parto, as mães foram convidadas a participar do estudo, sendo realizadas as primeiras entrevistas com a mãe e a avaliação do recém-nascido. Quando as crianças completaram três, 12 e 24 meses de idade foram realizadas visitas domiciliares de acompanhamento. O estudo contou com 3.985 crianças aos três meses, 3.907 aos 12 meses e 3.868 aos 24 meses de idade. Excluídos os óbitos, as taxas de seguimento foram de 95,7%, 94,3% e 93,5%, respectivamente. O desfecho analisado foi o uso de medicamentos pelas crianças aos três, 12 e 24 meses, independentemente do motivo, indicação ou grupo terapêutico. Em todos os acompanhamentos questionou-se se a criança havia recebido algum medicamento nos últimos 15 dias. Posteriormente, quais eram seus nomes, sendo ainda solicitadas as embalagens e receitas dos mesmos. Investigou-se também o motivo do uso, o responsável pela indicação, a forma de aquisição e a regularidade de utilização. Automedicação foi considerada como utilização de medicamento a partir de uma prescrição médica anterior ou indicação por outra pessoa que não o médico. Os medicamentos utilizados foram classificados então, nos níveis um e dois da classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), preconizada pela OMS. As variáveis de exposição compreenderam características demográficas, sócio-econômicas, relacionadas à saúde e medicamentosas. Análise estatística do tipo descritiva foi realizada para todas as variáveis independentes (exposições), objetivando a descrição dos dados coletados e a análise bivariada, para determinar a razão de risco entre as exposições e a variável dependente (desfecho), utilizando-se o teste do Qui-quadrado para avaliar as diferenças de proporções. Estas análises foram realizadas levando-se em conta a Razão de Prevalência (RP), Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância das associações de 5%. Também foi realizada análise do tipo multivariável, no estudo de associação entre as exposições e o desfecho, por meio da regressão de Poisson, objetivando-se o controle de eventuais fatores de confusão. Todas as análises foram efetuadas no pacote estatístico Stata 9. Foi utilizado um modelo hierárquico de análise, visando uma interpretação mais clara dos resultados, definição das cadeias causais de interesse e o nível hierárquico ocupado pelas variáveis em estudo. Todas as fases do estudo de coorte de nascimentos de 2004 foram aprovadas pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). As entrevistas e exames foram realizados somente após consentimento por escrito dos pais ou responsáveis.

Resultados

Entre as crianças do estudo, houve predomínio do sexo masculino e de filhos de mães brancas, 40% eram primogênicas, 10% apresentaram baixo peso ao nascer, 85% nasceram a termo e 55% de parto normal. Cerca de dois terços das crianças são desprovidas de planos de saúde, 13% tiveram algum problema de saúde no momento do parto, 6% utilizaram UTI neonatal e 19% foram hospitalizadas no primeiro ano de vida. A maioria das mães tinha idade entre 20-29 anos, possuíam escolaridade inferior a oito anos completos de estudo, apresentaram morbidade gestacional, relataram como

"excelente" a saúde da criança (percepção materna), eram desprovidas de plano de saúde e 81% utilizaram o SUS como financiamento para internação do parto. Mais de 80% da aquisição dos medicamentos ocorreu por meio de recursos próprios e o fornecimento gratuito pelo SUS aconteceu em torno de 10% dos casos, sendo que, entre os medicamentos mais usados, houve maior participação do SUS na aquisição dos antimicrobianos (38%) e vitaminas/antianêmicos (29%), seguida de medicamentos para doenças do trato respiratório (15%) e analgésicos/antipiréticos (10%). Menores proporções de aquisição pelo SUS ocorreram nos produtos dermatológicos e antidiarréicos (5%). A prevalência do uso de medicamentos nos três estudos variou entre 55-65%. Com o avanço da idade observou-se diminuição no número total de medicamentos utilizados e aumento na automedicação, essa última chegando a 34% aos 24 meses, com maior influência da mãe aos 12 meses (41%). Aumentou também, com o avanço da idade, a frequência do uso de medicamentos em caráter eventual e diminuiu a de uso contínuo. Observou-se mudança no perfil dos grupos terapêuticos mais utilizados em função da idade, sendo que aos três meses, o maior uso foi de medicamentos dermatológicos (36%); aos 12 meses, de medicamentos para o sistema respiratório (24%); e, aos 24 meses, de analgésicos (27%). Comparando-se o uso aos 24 meses com o dos três meses de idade verificou-se diminuição na utilização de medicamentos destinados ao trato alimentar e metabolismo, de produtos dermatológicos, dos destinados aos órgãos dos sentidos e dos utilizados no sistema cardiovascular. Por outro lado, observou-se aumento na utilização de medicamentos anti-infecciosos sistêmicos, dos destinados ao sistema musculoesquelético, dos analgésicos, antiparasitários, inseticidas e repelentes e de medicamentos utilizados no sistema respiratório. Após análise ajustada algumas variáveis permaneceram associadas ao uso de medicamentos apenas no acompanhamento dos três meses, com maior utilização entre as mães mais jovens quando houve algum problema de saúde no momento do parto, baixo peso ao nascer, nas crianças que nunca mamaram e quando houve internação hospitalar da criança. Nos três acompanhamentos, a maior escolaridade das mães e a percepção de saúde da criança pela mãe tida como regular ou ruim determinaram maior uso de medicamentos.

Conclusão

O medicamento deve ser um elemento de primeira atenção, já que pode constituir potencial benefício quando usado de forma racional, assim como pode representar risco potencial quando não são tomadas as medidas necessárias para seu uso adequado/racional. A elevada prevalência da utilização de medicamentos entre as crianças, no início da vida até os dois anos de idade, indica a necessidade da promoção do URM nesta faixa etária, na qual as relações risco/benefício tendam a um máximo, em função da falta de medicamentos com doses apropriadas para essas idades, utilização de medicamentos off label, inexistência de estudos que comprovem a segurança na utilização destes medicamentos em crianças, além da já consagrada, infelizmente, prática da automedicação na população brasileira. Após a análise ajustada, a influência das variáveis aqui analisadas, como associadas ao uso de medicamentos, altera-se em função da idade da criança, por vezes ganhando, outras perdendo associação. Os fatores envolvidos na determinação do uso de medicamentos entre as crianças são representados por aspectos sócio-demográficos, perinatais, de percepção de saúde e relativos à amamentação da criança, não podendo ser analisados de forma dissociada, pois estão interligados entre si, constituindo os aspectos multifatoriais que determinam o desfecho, ou seja, o

uso de medicamentos entre crianças de tenra idade. Assim, o presente estudo pode estar colaborando na identificação das populações infantis com maior risco ou vulnerabilidade em relação à utilização/consumo de medicamentos e, desta forma, subsidiar a elaboração de Políticas Públicas adequadas ao uso racional de medicamentos em crianças.

Referências

BÉRIA, J. U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.

BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 527-535, 1996.

HARDON, A.; HODKIN, C.; FRESLE, D. **Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, Universidad de Amsterdam, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**, Geneva, v. 5, p. 1-6, 2002.

STATA CORPORATION. **Stata statistical software**: release 9.0. College Station: Stata Corporation, 2003.

WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-344, 1998.



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:
Monografia de Especialização
e/ou Residência



TRABALHO PREMIADO

Desenvolvimento de ferramentas para a instrumentalização da revisão da prescrição

Autora: Luisa Arueira Chaves

Orientadora: Selma Rodrigues de Castilho

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF) e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ)

Contato: luisa.arueira@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Recentemente fomos bombardeados pela mídia sobre erros relacionados à assistência a saúde que resultaram em morte ou dano ao paciente, muitos deles relacionados com medicamentos, denominando-se, portanto, erros de medicação. Em ambientes hospitalares, estes erros podem ocorrer em qualquer etapa da distribuição do medicamento, sendo o sistema de distribuição em si, um fator determinante para a probabilidade de ocorrência do erro (ANACLETO et al., 2007). Buscando a otimização da terapia medicamentosa, dos recursos públicos e de melhoria da assistência à saúde prestada a sociedade, muitos hospitais da rede SUS vêm implementando o sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada. Neste sistema, o medicamento é dispensado por paciente para, geralmente, 24 horas. Por mais que este sistema ainda apresente taxas consideráveis de erros de medicação, seu processo de implantação é mais barato, necessita de menos recursos humanos e representa um aumento da qualidade da assistência prestada ao paciente (BRASIL, 2004). A revisão da prescrição pelo farmacêutico é um mecanismo de prevenção de erros de medicação eficaz bem relatado na literatura científica (ASHP, 1993; CASSIANI et al., 2004). Considerando o sistema de distribuição por dose individualizada direta, as cópias das prescrições são entregues à farmácia, permitindo, assim, que o farmacêutico possa revisá-las. Porém, para que esta revisão contribua para o aumento da segurança do paciente, faz-se necessário o acesso rápido à informações atualizadas e confiáveis sobre medicamentos. A realidade é que muitos hospitais municipais carecem dessa informação que muitas vezes são provenientes de livros diversos, bulas e panfletos comerciais. Embora já existam sistemas na internet com informações necessárias sobre medicamentos, além de a maioria ter um custo proibitivo, problemas estruturais na rede de internet não permitiriam acesso rápido a eles. Assim, desenvolver uma fonte de informação que considere estas características é fundamental para a garantia de uma revisão da prescrição de forma eficaz e que, conseqüentemente, aumente a segurança e a qualidade de assistência à saúde prestada ao paciente. Desta forma, analisando a importância da revisão da prescrição na busca da segurança do uso de medicamentos e a dependência

direta entre esta ação e a disponibilidade de informação científica atualizada, de fácil acesso e isenta de interesses, este trabalho descreve o desenvolvimento de uma ferramenta informatizada para suporte à revisão da prescrição médica pelo serviço de farmácia.

Introdução

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a resolução WHA 55.18, consolidando a discussão sobre políticas públicas internacionais de segurança do paciente. Esta resolução alertava aos estados-membros sobre este problema e orientava-os a estabelecer sistemas que aumentassem a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde (WHO, 2008). Uma vez cientes do problema, devemos resolver como lidar com essa situação institucionalmente. Questões sobre como abordar o assunto, como lidar quando um incidente danoso já ocorreu e, ainda, como criar uma cultura que permita buscar alternativas para evitá-los são desafios para a maioria dos sistemas de saúde. Um dos eventos adversos em ambientes hospitalares, são os erros de medicação que podem ser definidos como:

Qualquer evento evitável que pode causar ou causa uso inapropriado do medicamento ou dano ao paciente [...] podem estar associado a prática profissional, produtos da saúde, procedimentos e sistemas incluindo prescrição, ordem verbal, rotulagem do produto, embalagem, nomenclatura, componentes, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento, e uso (NCCMERP, 2011).

Nesse sentido, a portaria do Ministério da Saúde nº 4.283 (BRASIL, 2010), representa um avanço significativo na área, colocando-o como um tema central da estruturação dos serviços de farmácia hospitalar. No entanto, transformar a legislação em prática é um desafio, principalmente, considerando o processo de utilização do medicamento um sistema complexo com várias etapas (CASSIANI et al., 2004). Nesse sistema, as possibilidades de deslizos e lapsos são inúmeras. Assim, para garantir o uso racional dos medicamentos e otimizar seus resultados na busca de “[...] resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010); faz-se necessário avaliar o fluxo desses insumos e propor ferramentas adaptadas às realidades locais que possam reduzir os erros de medicação nos serviços de saúde.

Objetivos

Objetivo Geral: Instrumentalizar o farmacêutico para a revisão da prescrição médica.

Objetivos Específicos: Construir um instrumento informatizado que contenha as informações necessárias para suporte à revisão da prescrição médica; Sugerir um Procedimento Operacional Padrão (POP) para consulta, revisão da prescrição, intervenção farmacêutica e atualização do instrumento.

Metodologia

Para o desenvolvimento da ferramenta informatizada foi utilizado um banco de dados com uma interface gráfica que facilitasse a consulta e visualização das informações pesquisadas. Os tipos de informação para inclusão no banco de dados foram selecionados com base na análise da atividade de triagem de medicamentos pela equipe de farmácia (FREITAS, 2010). Buscou-se considerar todos os aspectos que pudessem subsidiar a revisão farmacêutica da prescrição. As informações selecionadas foram agrupadas e categorizadas em cinco tabelas, conforme descrito a seguir: 1) Informações clínicas: intervalo entre doses, dose máxima de adulto, dose máxima pediátrica e necessidade de ajuste de dose renal e/ou hepática (sim/não); 2) Ajuste de dose: descrição do ajuste renal e hepático; 3) Informações cinéticas: tempo de meia-vida, via principal de metabolismo, via principal de excreção, extensão de ligação a proteínas plasmáticas, tempo para concentração máxima plasmática e biodisponibilidade oral; 4) Interações Medicamentosas: consequência da interação e conduta sugerida; 5) Administração de injetáveis: diluente para a reconstituição, volume necessário para reconstituição, diluente para a diluição, volume necessário para a diluição, concentração final da solução, velocidade de infusão, via de administração e incompatibilidades físico-química. As informações foram consultadas via Micromedex®, no Drugdex® e Martindale®. As monografias de cada fármaco eram consultadas e as informações necessárias eram digitadas no banco de dados conforme as características designadas para cada campo. As informações farmacocinéticas que não foram encontradas nas bases citadas acima foram consultadas no livro “As bases farmacológicas da Terapêutica”, Goodman e Gilman, 11a edição. Na tabela “informações clínicas” há dois campos sobre a necessidade de ajuste de dose renal e hepática do tipo sim/não. Quando se marca sim no campo de ajuste de dose renal ou hepática, esta tabela referenda-se na tabela “Ajuste de dose” onde estão descritos os ajustes de dose renal e/ou hepático por forma farmacêutica. Já para a tabela de interações medicamentosas, foram selecionadas, apenas, as interações que fossem relevantes de serem avaliadas na revisão. Assim, optou-se por inserir interações que fossem, conforme classificação do Drugdex®, contraindicadas, severas e/ou moderadas e, ainda, que fossem bem estabelecidas na literatura científica. Só foram inseridas interações entre medicamentos padronizados na unidade. Visando assegurar a possibilidade de utilização por qualquer serviço de farmácia de forma gratuita, o instrumento foi desenvolvido em um editor de banco de dados de acesso livre (Libreoffice©). Porém, devido a problemas metodológicos, a interface gráfica foi desenvolvida no software proprietário Microsoft Access 2007®. Para a construção do POP, foram utilizadas as orientações propostas no plano de ação desenvolvida no trabalho de Freitas (2010), além do POP de elaboração de procedimento operacional padrão da unidade.

Resultados

As informações, organizadas em cinco tabelas, foram relacionadas entre si de forma a otimizar a pesquisa de informações pelo banco de dados. Tabelas intermediárias foram necessárias para conectar as informações entre as tabelas principais. Essas tabelas relacionaram código do medicamento do sistema de gestão de estoque, descrição completa

do medicamento e o nome do medicamento segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB). Foram incluídas informações sobre 127 fármacos nas tabelas de informações clínica e cinética, 75 medicamentos na tabela sobre administração de injetáveis, 432 relações entre medicamentos referentes a 95 interações medicamentosas diferentes. Ainda, da tabela de informações clínicas resultou em 125 medicamentos com descrições sobre ajuste de dose renal e/ou hepática. O desenvolvimento da interface gráfica foi uma etapa importante pois aumenta o potencial de aceitabilidade e facilita a busca de informações. Assim, sua construção considerou símbolos e etapas de busca de fácil entendimento para que pudesse ser utilizado de forma intuitiva pelo usuário. Porém, para tal, foi utilizado um software proprietário por apresentar melhores ferramentas para esta construção, aumentando, portanto o custo da ferramenta. A ferramenta informatizada proposta neste trabalho deverá propiciar praticidade de consulta, flexibilidade para inclusão de informações e não dependerá de acesso à internet para sua utilização. Como foi utilizado o código dos medicamentos fornecidos pelo sistema de gestão de estoque utilizado no hospital em estudo, a ferramenta ainda tem o potencial de se relacionar com esse sistema podendo, assim, ampliar sua aplicabilidade e funcionalidade. Para subsidiar a implantação da atividade de revisão da prescrição pelo farmacêutico e, desta forma, contribuir para aumentar a segurança do paciente e otimizar sua terapia medicamentosa, além do desenvolvimento do software – que garantirá o acesso rápido a informações confiáveis – foram desenvolvidos POPs para: revisão da prescrição e intervenção farmacêutica, consulta, e atualização do software. O Procedimento Operacional Padrão é uma ferramenta que permitirá ao farmacêutico nortear sua prática e garantir homogeneidade de ações entre os farmacêuticos que atuam na instituição. Ainda, são um recurso de consulta para situações que gerem algum tipo de dúvida. Sua atualização permanente, acesso facilitado e conhecimento de todos constituem um dos requisitos de avaliação de qualidade do serviço de farmácia.

Conclusão

A revisão da prescrição é uma atividade que deve ser implantada nos serviços de farmácia hospitalar a fim de aumentar a segurança do paciente hospitalizado, sendo essa prática respaldada pela literatura científica, legislação e diretrizes de órgãos internacionais. Para tanto, é essencial o acesso rápido às informações sobre medicamentos atualizadas e isentas de conflito de interesses. Porém, devido a características de cada unidade, nem sempre essa é uma tarefa fácil e os instrumentos de acesso à informação sobre medicamentos disponíveis no mercado além de caros, nem sempre são apropriados às necessidades e características da unidade hospitalar em questão. Dessa forma, pensando nas características estruturais do serviço de farmácia em estudo, foi desenvolvido um instrumento informatizado de consulta às informações sobre medicamentos que funcione de forma independente da internet. Para facilitar o acesso a essas informações foi feita uma interface gráfica que pode ser utilizada de forma intuitiva pelo usuário.

Referências

AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS (ASHP). **ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals**, mar. 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8480790>>. Acesso em: mar. 2011.

ANACLETO, T. A. et al. Drug-dispensing errors in the hospital pharmacy. **Clinics**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 243–250, 2007.

BRASIL. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 maio 2004. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

BRASIL. Portaria GM nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010, s. 1, p. 94. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_MS_4283_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2011.

CASSIANI, S. H. D. B. et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 781–789, 2004.

FREITAS, I. C. R. de. **Proposta de utilização da ferramenta**: gestão de processo, na análise da prescrição médica do sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2010.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCCMERP). **About medication errors**, [2011]. Disponível em: <www.nccmerp.org/aboutmederrors.html>. Acesso em: 16 fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World alliance for patient health**: forward programme 2008-2009. Geneva: World Health Organization, 2008.



MENÇÃO HONROSA

Construção de um plano de ação para o aprimoramento do processo de distribuição de medicamentos às unidades de saúde de um município do Sul do Brasil

Autora: Flávia Mattos Moro

Orientadora: Dayani Galato

Co-orientador: Cleidson Valgas

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Contato: flahemarcos@hotmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Com o elevado número de Unidades de Saúde (US) em um município, aumenta a preocupação em relação ao sistema de distribuição de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) às US. Este sistema deve garantir o abastecimento de medicamentos em qualidade, quantidade e tempo adequado para posterior dispensação à população usuária. Portanto, pretendeu-se com o presente estudo analisar o processo de distribuição de medicamentos, para permitir o aperfeiçoamento desse processo através da construção de um Plano de Ação. A relevância deste tema deve-se ao fato de que uma distribuição adequada de medicamentos da CAF às US facilita o acesso da população aos medicamentos no momento apropriado, pois permite ao usuário que busque seu medicamento na Unidade de seu bairro, além de evitar atrasos no início de novos tratamentos, a interrupção de tratamentos já iniciados e a formação de filas na Farmácia Central. Com os resultados obtidos, pode-se contribuir para a sensibilização dos profissionais das Unidades de Saúde e o Gestor de Saúde para que as proposições sejam analisadas e implantadas.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o acesso a medicamentos mediante a garantia da execução integral da Assistência Farmacêutica (FARIAS et al., 2007). Da mesma forma que o acesso em saúde, o acesso aos medicamentos essenciais de qualidade, racionalmente utilizados, constitui os objetivos centrais das políticas de medicamentos (BRASIL, 2006). Seguindo a mesma linha, a Política Nacional de Medicamentos tem como uma das suas diretrizes a reorientação da Assistência Farmacêutica. Deve-se considerar que, para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica em um município, deve-se ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que envolve um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, e é destinada a complementar e apoiar as ações de atenção básica à saúde (BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006). Uma das etapas primordiais do Ciclo da Assistência Farmacêutica que garante o acesso dos medicamentos pela população diz respeito ao processo de distribuição. A distribuição consiste na etapa de atendimento às solicitações de medicamentos

das unidades de saúde no sentido de suprir as necessidades em quantidade, qualidade, por um determinado período de tempo para posterior dispensação à população (COSTA; LIMA; MARTINS, 2006; OLIVEIRA, 2004). Para propor melhorias em um determinado processo é necessário que haja o planejamento. A primeira etapa do planejamento constitui-se no levantamento das oportunidades e ameaças (GELBCKE et al., 2006), e o seu produto é o plano de ação, um documento elaborado a partir da identificação de problemas para os quais se elaboram objetivos, ações/atividades com o fim de resolvê-los, em conformidade com um cronograma de execução, que responda as seguintes questões: o que fazer, como, quem, quando e quais os recursos necessários (BRASIL, 2001, 2006). Neste contexto, este trabalho tem como propósito apresentar a experiência de um município em propor um plano de ação para aprimorar o processo de suprimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico às Unidades de Saúde de um município do sul do Brasil.

Objetivos

Propor um plano de ação para aprimorar o processo de suprimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico às Unidades de Saúde de um município do sul do Brasil.

Metodologia

Estudo quali-quantitativo baseado na técnica de entrevista, análise documental e realização de oficinas de trabalho. O município avaliado possui uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e 25 unidades da Estratégia de Saúde da Família dispostas em 23 unidades de saúde, nas quais foram selecionadas 10 amostras por sorteio para a análise no presente trabalho. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira através de entrevistas com os responsáveis pelo recebimento dos medicamentos nas Unidades de Saúde e a segunda através da análise documental dos registros presentes na CAF a respeito deste processo no período referente ao mês de outubro de 2008 a setembro de 2009. Foi aplicado um instrumento de coleta de dados (questionário) dividido em seções. Na primeira parte do questionário foram coletadas informações a respeito do entrevistado e da Unidade de Saúde. Em seguida, foi realizada a questão norteadora “O que você acha sobre o processo de distribuição de medicamentos no Município?” seguida das questões de apoio relacionadas a este mesmo processo destinadas a avaliar o tempo, a forma de realizar o pedido, as condições que chegam os medicamentos e ainda se os itens são atendidos conforme solicitação. A segunda etapa baseou-se na análise documental referente aos registros de pedido de medicamentos mensais e atendimentos feitos às US no período investigado, com vista a determinar os indicadores do processo de distribuição (BRASIL, 2001). Os indicadores estão apresentados a seguir: Percentual e/ou número de unidades atendidas/ano; Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos; Percentual de unidades de saúde atendidas de acordo com o cronograma de distribuição; Percentual de demanda atendida e não atendida; Percentual de itens solicitados versus itens atendidos; Percentual do gasto mensal com medicamentos para atender à atenção básica de saúde e por unidade de serviço. Com base nas informações coletadas foi realizado um diagnóstico inicial a fim de descrever o processo de distribuição de medicamentos no município. Este diagnóstico foi apresentado em uma oficina onde participaram dois farmacêuticos envolvidos no serviço de saúde do município e três professores universitários que atuam no tema no processo de formação dos acadêmicos. A partir desta apresentação, foram propostas

as ações que poderiam ser implementadas. Estas ações foram o ponto de partida para a construção do plano de ação no modelo 5W2H. A ferramenta 5W2H em inglês significa: What, Where, Who, When, Why, How, How Much, sendo em português: O que (qual a ação desenvolvida), Onde (onde a ação será desenvolvida), Quem (quem será o responsável pela implantação), Quando (quando será realizada), Para que (qual será o resultado esperado da ação), Como (como será implementada, descrevendo passos) e Quanto (quanto será gasto) (BEHR; MORO; ESTABEL, 2008; CANO, 2006; FONTES FILHO, 2006). De acordo com os preceitos éticos vigentes, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e aprovado com o código 09.401.4.03 III.

Resultados

Quando os enfermeiros responsáveis foram questionados sobre o que achavam do processo de distribuição de medicamentos no município, a maioria (nove entrevistados) respondeu que estava adequado, estava organizado e os medicamentos enviados na medida do possível. Na análise documental foram coletadas informações de 22 unidades de saúde das 23 disponíveis no município. Uma das unidades foi excluída da pesquisa por não haver o processo de distribuição de medicamentos no período investigado. Os dados coletados para a construção dos indicadores referiam-se a 12 meses, totalizando 264 formulários. Por motivos diversos (férias ou troca de funcionários, extravio de documentos ou mesmo a não necessidade de medicamentos) foram digitados no banco 227 formulários. Dos 54 itens presentes na lista de medicamentos enviados às unidades de saúde, apenas um não faltou, e apenas nove não tiveram seus atendimentos parciais (com distribuição restringida) em algum momento no período estudado. Na avaliação dos resultados dos indicadores de distribuição avaliados, propostos pelo Ministério da Saúde (2001), verificou-se que 100% das unidades de saúde foram atendidas durante o ano conforme solicitações das mesmas. O tempo gasto na reposição dos medicamentos teve uma variação de zero a 22 dias, com tempo médio de sete dias. Ao avaliar o percentual de Unidades de Saúde atendidas de acordo com o cronograma de distribuição, obteve-se um percentual médio de atendimento mensal de 86%. Nos meses de dezembro de 2008 e janeiro de 2009 obteve-se menor porcentagem de atendimento. Na análise do percentual de demanda atendida por ano, observou-se que 74,7% das unidades de medicamentos solicitadas foram atendidas. Este número pode estar sobrestimado, já que alguns itens foram arredondados para cima, por facilitar a distribuição não fracionada das embalagens originais. Quando foi feita a análise do percentual dos itens solicitados em relação aos itens atendidos, obteve-se como resultado 50% da demanda atendida, ou seja, 50% dos medicamentos solicitados foram atendidos totalmente durante o período investigado. Em relação ao percentual do gasto mensal com medicamentos para atender à atenção básica de saúde e por unidade de serviço, não foi possível avaliar este indicador visto que os dados financeiros não foram disponibilizados para a realização deste trabalho. Com base no levantamento do diagnóstico inicial e dos resultados proporcionados pela realização deste trabalho, foi elaborado o Plano de Ação 5W2H com o objetivo de aprimorar o sistema de distribuição de medicamentos no município analisado. Destacaram-se neste plano, as responsabilidades, que são na maioria do Farmacêutico Responsável juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde e com os Gestores das Unidades de Saúde, os prazos, que em determinadas ações são imediatos pela facilidade da ação, e os custos, que ao considerar a economia que a adequação deste processo investigado pode gerar futuramente, são relativamente baixos.

Conclusão

Através destes resultados foi possível concluir que, mesmo que a distribuição esteja sendo realizada, há ações que precisam ser implantadas para aprimorar este processo, descritas no Plano de Ação. Estas ações, também, estão direcionadas a outras etapas do Ciclo de Assistência Farmacêutica. Destaca-se no plano, a importância de reestruturação da etapa de programação de medicamentos, o que vem a prejudicar a logística de distribuição de medicamentos às Unidades de Saúde do município. Com uma programação adequada, seria possível que 100% dos medicamentos solicitados fossem atendidos, o que resultaria em uma adequada distribuição de medicamentos. Os resultados desta pesquisa com ênfase ao plano de ação serão apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, à Comissão de Farmácia e Terapêutica e ao Conselho Municipal de Saúde com vistas à apreciação, análise e aprimoramento das estratégias descritas no plano de ação.

Referências

- BEHR, A.; MORO, E. L. S.; ESTABEL, L. B. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 32-42, 2008.
- BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n. 1, p. 73-83, jan./abr. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CANO, I. S. **Gerenciamento estratégico e políticas de execução**: melhoria dos processos. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração de Empresas)-Faculdade Carlos Drummond de Andrade, São Paulo, 2006.
- COSTA, C. L.; LIMA, F. C.; MARTINS, K. M. M. **Proposta de reestruturação da central de abastecimento farmacêutico do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FARIAS, A. D. et al. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de saúde da família no município de Campina Grande, PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 149-156, 2007.
- FONTES FILHO, J. R. **Planejamento estratégico da pequena e média empresa**: aplicações no setor turístico. Rio de Janeiro: Publit, 2006. 140 p.
- GELBCKE, F. et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-520, jul./set. 2006.
- OLIVEIRA, M. J. L. **Assistência Farmacêutica**: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luís (MA). Porto Alegre: UFRGS, 2004. 128 p.



MENÇÃO HONROSA

Estudo da utilização de medicamentos por idosos brasileiros hipertensos

Autoras: Karina Augusta Viana ¹

Co-autor: Francisco de Assis Acurcio ²

Orientador: Anderson Lourenço da Silva ³

Instituição: 1. Associação Mineira de Farmacêuticos – AMF/Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES; 2. Faculdade de Farmácia – UFMG; 3. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Contatos: karina.av@hotmail.com; anderson.silva@saude.rj.gov.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem ocasionado diferentes transformações sociais e de condições de saúde. Estudos populacionais têm mostrado alterações significativas no perfil demográfico e epidemiológico, revelando a necessidade de uma constante revisão das políticas públicas voltadas para os idosos, uma vez que além de ser o segmento populacional que mais cresce, é também, o que apresenta mais elevado número de doenças crônicas. Assim, essa mudança no perfil da população vem trazendo cada vez mais desafios aos serviços e aos profissionais de saúde. Dentre as doenças crônicas mais relevantes no processo do envelhecimento está a hipertensão arterial. Essa doença muitas vezes é assintomática e quando apresenta sintomas, geralmente já causou lesão em algum órgão. A elevada prevalência de hipertensão arterial é preocupante, uma vez que é fator de risco para inúmeras outras doenças. Sendo, assim, a proposição de projetos com o intuito de prevenção e controle da hipertensão é necessária. Apesar de se tratar de um estudo que avaliou os dados de um inquérito populacional realizado em 2003, pode-se considerar que o estudo ainda trás satisfatória contribuição para o conhecimento na área da farmacoepidemiologia do idoso. Uma vez que os trabalhos publicados até o momento ainda são poucos. Acredita-se que o presente estudo possibilitou caracterizar a população de idosos brasileiros hipertensos, aposentados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), os principais fármacos utilizados por eles, bem como alguns problemas encontrados na administração dos mesmos, além dos tipos de interações medicamentosas que os idosos hipertensos estão expostos. Estudos como estes são importantes, pois podem contribuir para a reflexão sobre a necessidade de reorientação da atenção à saúde do idoso, principalmente, no que se refere à utilização de medicamentos. Com isso, espera-se que esse trabalho contribua para tornar a assistência farmacêutica e a terapia medicamentosa da população idosa mais racional e efetiva. Além disso, acredita-se que ele pode contribuir com a clínica médica, no que se refere à prescrição e à prática do uso racional de medicamentos, diminuindo o número de desfechos indesejados em decorrência das interações medicamentosas inerentes a prática da polifarmácia, que é comum entre os idosos hipertensos.

Introdução

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. No Brasil, a velocidade do processo de envelhecimento populacional traz uma série de questões cruciais para a sociedade. Nesse contexto, juntam-se os problemas advindos do novo perfil demográfico e epidemiológico aos já existentes, uma vez que ainda existem a desigualdade social, a pobreza e a fragilidade das instituições públicas. Em paralelo as modificações na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Uma das doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos é a hipertensão arterial. Essa doença, que é muita das vezes silenciosa e assintomática, pode causar graves danos à saúde do indivíduo, muitos desses, irreversíveis. A utilização de grande número de medicamentos pelos idosos para o controle das doenças crônicas, entre elas a hipertensão, tem sido um problema para a saúde do idoso, uma vez que a polifarmácia pode se configurar como uma barreira para o tratamento medicamentoso por tornar complexo o esquema terapêutico e com isso dificultar a adesão ao tratamento. Outras consequências da polifarmácia pode ser o aumento do risco inerente ao uso de medicamento tais como, as reações adversas, o uso de medicamentos inapropriados para idosos e até mesmo a interação medicamentosa. Ao descrever os medicamentos que os idosos hipertensos utilizam e as possíveis interações espera-se contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos.

Objetivos

Objetivo geral: analisar o perfil de utilização de medicamentos dos idosos brasileiros hipertensos cadastrados no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Objetivos específicos: descrever essa população em relação às características socioeconômicas, indicadoras das condições de saúde e do uso de serviços de saúde; descrever os medicamentos em geral e os medicamentos anti-hipertensivos utilizados; avaliar as possíveis interações dos medicamentos anti-hipertensivos e as outras classes de medicamentos administradas por esses indivíduos.

Metodologia

O presente estudo apresenta um delineamento transversal e integra o inquérito multicêntrico “Perfil de utilização de medicamentos por aposentados brasileiros”, desenvolvido em nível nacional sob a coordenação de duas importantes instituições de ensino do país (ACURCIO et al., 2006). Para a realização do inquérito multicêntrico foram coletadas informações sobre o perfil de utilização de medicamentos por aposentados e pensionistas do INSS, de 60 anos ou mais, em três amostras: Brasil, Belo Horizonte (Minas Gerais) e Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), através de abordagens postal

e domiciliar. Para a realização do presente estudo, utilizou-se apenas as informações obtidas por meio de inquérito postal nacional (Brasil). As informações foram organizadas em um banco. Para analisar apenas os idosos que afirmaram possuir diagnóstico de hipertensão foi aplicado um filtro nesse banco. A seleção dos participantes do inquérito foi realizada pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com base em seu cadastro de beneficiários. Em nível nacional, foram sorteados três mil indivíduos para o inquérito postal nacional. Desses, 1025 (34,2%) responderam ao questionário. Para o presente trabalho foram analisadas as informações dos 597 idosos que se declararam hipertensos. As informações foram obtidas por meio de questionários com perguntas fechadas e pré-codificadas, exceto aquelas relativas aos medicamentos utilizados. No questionário havia três blocos de perguntas: 1º – Características sócio-demográficas dos participantes; 2º – Indicadores das condições de saúde e uso de serviços de saúde; 3º – Uso de medicamentos. Os questionários foram enviados duas vezes para os endereços dos aposentados sorteados, nos dias 17 de janeiro e 24 de fevereiro de 2003, com porte pago para devolução da resposta. Foram aceitos os questionários preenchidos até 31 de maio de 2003. Nesse trabalho, os dados da população referentes às diferentes variáveis sócio-demográficas, de condições de saúde e uso de serviços de saúde foram analisados de forma descritiva. Já os medicamentos foram descritos do ponto de vista da frequência de utilização e em relação à possível ocorrência de interações medicamentosas. Os medicamentos estavam organizados de acordo com a classificação ACT (Anatomical Therapeutic Chemistry Code) no banco de dados. Nesse, foram identificados os medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos idosos. Para cada paciente que fazia controle da hipertensão, analisou-se quais os outros medicamentos que foram utilizados concomitantemente com o anti-hipertensivo, verificando em quais casos, possíveis interações poderiam ter ocorrido. A partir de então, foi criado e analisado um banco de dados, que relaciona o idoso, o anti-hipertensivo e outros medicamentos que poderiam interagir com o anti-hipertensivo. Para a construção do banco de dados das interações foram utilizadas as informações do livro “Drug Interaction Facts 2007” (TATRO, 2007).

Resultados

Na amostra dos 597 idosos declarados hipertensos, 63,3% dos respondentes eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 60-69 anos (46,6%), 26,1% nunca haviam estudado e 74,4% da população recebiam até um salário mínimo, sendo que o benefício em salário mínimo da época era de R\$240,00. Em relação à percepção da própria saúde, 58,0% a consideraram regular, 46,1% afirmaram ter ido a mais de cinco consultas médicas no ano. Uma parcela de 75,2% da população afirmou não possuir planos de saúde. A prevalência do uso de algum tipo de medicamento foi de 92,3%, já a prevalência de uso de medicamento anti-hipertensivo foi de 78,4%. A população de idosos hipertensos relatou, ao todo, a utilização de 2.675 medicamentos de diferentes classes farmacológicas, sendo que os mais utilizados atuam no Sistema Cardiovascular (37,5%) e no Sistema Nervoso (15,2%). Os medicamentos anti-hipertensivos representaram 29,9% (n=801) do total de medicamentos (n=2675) utilizados por essa população. As classes farmacológicas mais utilizadas foram Diuréticos (32,2%) e os Inibidores da Eca (27,2%). Dentre os anti-hipertensivos utilizados, os mais frequentes foram a Hidroclorotiazida (18,2%) e o Captopril (18,1%). Os medicamentos em associação em doses fixas representaram 9,1% dos anti-hipertensivos utilizados.

Em relação aos medicamentos prescritos, 39,2% estavam entre os listados na Rename. Dentre os idosos hipertensos, 92,8% receberam a indicação do medicamento em consultas médicas. A razão de uso de medicamento anti-hipertensivo foi de 1,34 medicamentos por idoso, sendo que 468 utilizaram pelo menos um medicamento anti-hipertensivo. O número de medicamentos anti-hipertensivos citado por cada paciente variou de 1 a 7, sendo que 47,9% utilizavam apenas um tipo de anti-hipertensivo e 38,2% utilizavam associação com dois tipos de anti-hipertensivo. O restante da população administrava mais de dois tipos de anti-hipertensivos diferentes, sendo que um paciente relatou utilizar sete anti-hipertensivos. Além disso, 17 indivíduos declararam utilizar dois medicamentos com o mesmo princípio ativo. Na presente análise foram detectadas 521 possíveis interações medicamentosas, sendo que 430 (82,5%) ocorreriam entre um anti-hipertensivo e outra classe de fármaco e 91 (17,54%) entre dois anti-hipertensivos diferentes. Dentre as interações medicamentosas mais frequentes, possíveis de terem ocorrido, destacaram-se aquelas que se dariam entre Hidroclorotiazida e Diclofenaco (9,6%) e entre Captopril e Ácido Acetilsalicílico (8,5%). Outras possíveis interações mais frequentes podem ter ocorrido entre anti-hipertensivos com outros fármacos do Sistema Cardiovascular, Benzodiazepínicos e alguns minerais. Com relação ao valor clínico, as interações que foram classificadas como maior gravidade e, por isso necessitariam de monitoramento, podem ter ocorrido com pacientes que fizeram uso de Digoxina e Furosemida (3,3%) ou Digoxina e Hidroclorotiazida (1,9%), simultaneamente.

Conclusão

A população de idosos está aumentando no Brasil, assim como a incidência de doenças crônicas. Um mesmo idoso pode apresentar mais de um tipo de doença crônica e necessitar de uma grande quantidade de medicamentos. O sucesso do tratamento, evitando o agravamento no quadro clínico desses pacientes se reflete em grande parte no que diz respeito ao uso racional de medicamentos. Os achados desse estudo são importantes no auxílio ao planejamento e execução de políticas de saúde que buscam melhorar a assistência aos idosos hipertensos. No que diz respeito aos idosos vinculados ao INSS, o fato de serem pacientes geralmente de baixa renda e escolaridade, torna-se ainda maior a preocupação em relação ao acompanhamento do tratamento. É necessário envidar esforços na tentativa de que esses pacientes recebam medicamentos apropriados para sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo. Em relação à utilização de medicamentos, deve-se apontar que com o presente estudo foi possível detectar o uso indevido de combinações de vários tipos de medicamentos e até mesmo a redundância, com uso do mesmo fármaco como se fossem medicamentos diferentes. Esse fato pode ser reflexo da falta de informação dos idosos com relação a sua farmacoterapia, o que pode ser devido a uma falha na atenção à saúde e deficiência da assistência farmacêutica, principalmente no que se refere à orientação ao paciente. Outro ponto importante em relação ao cuidado com o tratamento medicamentoso do idoso é que devido às interações medicamentosas indesejadas, os efeitos dessas interações podem prejudicar o tratamento, com a rejeição do paciente a medicação e conseqüente não adesão ao tratamento. Contornar os problemas apresentados, estruturar programas de atenção à saúde e as suas boas práticas, como o uso racional do medicamento, fará com que o tratamento da hipertensão, seja mais eficaz, melhorando, assim, a qualidade de vida dos idosos hipertensos.

Referências

ACURCIO, F. A. et al. Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros: metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, jan. 2006.

TATRO, D. S. **Drug interaction facts TM 2007**: the authority on drug interactions. St. Louis: Wolters Kluwer Health; Facts and Comparisons, 2007.



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:
Trabalhos em Nível de Graduação



TRABALHO PREMIADO

Avaliação clínica e cirúrgica da indicação de prescrição antibiótica pós-operatória em cirurgia de terceiros molares

Autores: Carnaval TG, Adde CA, Romano MM, Aldarvis FP

Co-autores: Rocha RG, Soares MS, Peixoto IF, Sampaio RM

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia (FOUSP)

Revista: Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology (Triple O).

Contato: tcarnaval@uol.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A profilaxia antibiótica em cirurgia de terceiros molares há muito tempo é fator de controvérsias na prática clínica odontológica (SANDS; PYNN; NENNINGER, 1993, BENEDIKTSÓTTIR et al., 2004), sendo que as maiores dúvidas concentram-se nas prescrições ou não de antibióticos pré e pós-operatórios. As maiores controvérsias estendem-se em relação à prescrição ou não de antibióticos pré e pós-operatórios, no entanto são conhecidas discussões quanto à definição do termo “antibioticoprofilaxia”. Considerando-se que o termo refere-se a dose administrada antes ou após a cirurgia, este poderia estender-se a profilaxia para endocardite bacteriana, infecções instaladas e a distância. No entanto, encontramos na literatura indicações em pacientes livres de infecções aparentes, apenas como prevenção de complicações pós-operatórias, (SANCHO-PUCHADES et al., 2009). Desta forma, a avaliação da necessidade de prescrição antibiótica em cirurgias de terceiros molares permite a diminuição da administração irrestrita de antibióticos, contribuindo de maneira positiva no controle da resistência bacteriana e no controle do investimento financeiro em fármacos antibióticos nos serviços públicos.

Introdução

Enquanto alguns autores defendem categoricamente a efetividade da antibioticoprofilaxia para terceiros molares (ARTEAGOITIA et al., 2005, MARTINEZ; JIMENEZ; FERRAS, 2003) diversos outros concentram oposições a esta opção terapêutica (BERGDAH; HEDSTROM, 2004; SEKHAR; NARAYANAN; BAIG, 2001). Embora as discussões devam-se, principalmente, ao questionamento da efetividade, potencial alérgico, risco de reação anafilática e indução de resistência antibiótica nesta indicação, sabe-se que os clínicos não abandonam a prática de prescrição pós-cirúrgica, uma vez que esta pode prevenir as diversas complicações pós-operatórias conhecidas (PIECUCH; ARZADON; LIEBLICH, 1995). Em função, da cirurgia oral, ser realizada em ambiente potencialmente contaminado com grande quantidade de bactérias e as principais complicações pós-operatórias serem causadas por estes microrganismos, considera-se razoável a prescrição antibiótica

para prevenção e diminuição da frequência de complicações pós-operatórias. No entanto, pela incidência baixa destas complicações, não se observa consenso na escolha de administração destes antibióticos. (HALPERN; DODSON, 2007) Estes questionamentos mostram que hoje a antibioticoprofilaxia é uma escolha do cirurgião e ampara-se, principalmente, na dificuldade de análise clínica e constantes discrepâncias quanto a muitas variáveis como: seleção de casos, tipo de procedimento cirúrgico, experiência do operador, critério diagnóstico e rigor científico na condução dos estudos. (REN; MALMSTROM, 2007).

Objetivos

Avaliar a necessidade de prescrição antibiótica em cirurgias de terceiros molares. Demonstrar a necessidade da prescrição antibiótica pós-operatória em cirurgia de terceiros molares a partir da comparação com o uso de amoxicilina e clindamicina, dois antibióticos de eficácia comprovada na literatura, cuja administração é a mais difundida mundialmente para a profilaxia em cirurgia de terceiros molares.

Metodologia

O estudo randomizado foi unicêntrico, prospectivo e duplo-cego para os três grupos. Foram incluídos pacientes voluntários do Centro Público em Análise, sendo selecionados 71 adultos, com idade entre 18 e 45 anos, de ambos os gêneros, sendo 49 homens e 22 mulheres, classificados no grupo ASA I (sistema de avaliação e classificação física da Sociedade Americana de Anestesiologia). Foram excluídos pacientes que consumiram analgésicos ou anti-inflamatórios num período de até 12 horas anterior a cirurgia, com condições de hipersensibilidade, histórias de desordem sistêmica, gravidez e lactação e quadros de pericoronarite ou abscesso periodontal. Os pacientes foram divididos aleatoriamente por sorteio em computador e o cirurgião recebeu em mãos um envelope pardo padronizado com a medicação e numeração de identificação de seu paciente. Os pertencentes ao grupo A receberam amoxicilina 500mg 8/8hs sete dias; grupo B clindamicina 300 mg 6/6hs sete dias e grupo C nenhum antibiótico. Como rotina do serviço, todos foram medicados com anti-inflamatório pós-operatório (50mg de diclofenaco sódico 8/8 hrs por três dias). Foram também, orientados que na ocorrência de dor intensa ou severa pós-operatória, utilizassem medicação de socorro analgésico – 750mg de paracetamol após no mínimo uma hora do início da cirurgia, de 6/6 horas e quantas vezes fossem necessárias até o alívio da dor. Para o diagnóstico de infecção pós-operatória foi utilizada a análise de um único operador treinado, calibrado e informado quanto aos critérios aceitos pela literatura, tais quais: temperatura corpórea superior a 37,8 ° sem outras causas justificáveis; abscesso intraoral com ponto de flutuação drenante; alveolite; dor severa persistente ou intensificada após 48 h de cirurgia e acompanhada por inflamação e/ou eritema; dor severa após o sétimo dia acompanhada de inflamação e/ou eritema moderado ou severo sem outras causas justificáveis. A inflamação, eritema, edema e dor foram mensurados qualitativamente (presença ou ausência), sendo a dor medida através da Escala Analógica Visual (EAV) 10 cm e o edema pela Escala Visual de Edema (EVD) idealizada pelo grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP).

Também foram analisadas outras variáveis como trismo, presença infecção, tempo de cirurgia, classificação de Pell e Gregory, doses de analgésicos de resgate, osteotomia e odontosecção. Todas as cirurgias foram realizadas com procedimentos padrões e todos os pacientes foram avaliados no pós-operatório imediato, onde receberam orientações, treinamento e informações padronizadas para o preenchimento da ficha clínica, além disso, o paciente foi observado no sétimo dia pós-operatório, junto com a remoção de sutura. A análise estatística foi conduzida considerando-se gênero e idade do paciente, escala visual de dor, necessidade de medicação de socorro, escala visual de edema, quantidade de tubetes anestésicos, classificação de Pell e Gregory, osteotomia e odontosecção, tempo operatório e distância interincisal.

Resultados

De acordo com a revista da literatura esperava-se que o controle pós-operatório quanto as variáveis: dor, edema e distância interincisal, realizado pelos grupos com os antibióticos mais usados em odontologia (Amoxicilina e Clindamicina) fossem mais efetivos e diferentes ($p < 0.05$) do grupo o qual não ocorreu administração de antibióticos. Nossa amostra foi composta por 71 pacientes entre 18 e 45 anos (média 27,1), sendo 33,8% (24) do Grupo A, 32,4% (23) do Grupo B e 33,8% (24) do Grupo C. As seguintes variáveis foram avaliadas em relação aos três grupos: Classificação da posição dental segundo Pell e Gregory; Tempo de Cirurgia; Odontosecção; Osteotomia; Escala Analógica e Visual (EAV); Distância Interincisal (DI) e Edema. A análise estatística não demonstrou evidências de diferenças significantes ($p < .005$) entre os grupos para tempo de cirurgia, EAV, DI e Edema, assim como não foram observadas evidências de associação significativa entre a classificação, odontosecção, osteotomia, entre os grupos. O comportamento geral da EAV marcou-se por aumento a partir do início com valores máximos alcançados (entre três e seis horas) e, posterior declínio em 48h, voltando a valores próximos dos iniciais no sétimo dia, com média de EAV 0,1845, mas ainda diferente de zero. Entre a maioria dos tempos pós-operatórios observados, a diferença de EAV, em média, foi significativa ($p < .001$) exceto entre os tempos 48h e uma h e entre seis e três horas. Para Distância Interincisal (DI) foram encontradas diferenças significantes ($p < .001$) ao longo do tempo. Através das medidas de efeitos e contrastes conclui-se que os valores de DI no término da cirurgia são menores que os iniciais. Embora no sétimo dia os valores tenham aumentado, são ainda menores que os valores no início. No que se refere ao edema foram encontradas diferenças significantes ao longo do tempo ($p < .001$). Através dos contrastes e medidas de efeitos, constatou-se que em todos os tempos os valores de edema foram maiores que os iniciais apresentando os maiores valores em 48h. Os valores de Edema em 24h foram menores que em 48h e maiores que os valores no sétimo dia. Tanto no terceiro dia como no sétimo dia, os valores foram superiores à 48h, já no sétimo dia os valores foram menores que em três dias, mas ainda maiores que os iniciais. Na presença de odontosecção, osteotomia e tempo de cirurgia, edema continuou apresentando mudanças significativas no tempo. Os grupos não mostraram evidências de diferenças entre eles e, portanto as comparações entre tempos podem ser observadas de modo geral, considerando um único grupo. O efeito do tempo de cirurgia também foi significativo e positivo. Neste caso, o aumento em 10 minutos no tempo de cirurgia aumenta o edema em média 0,07.

Conclusão

O estudo demonstrou que em profilaxia pós-operatória não existe diferença quanto à indicação de antibiótico de espectro ampliado (Amoxicilina), de amplo espectro (Clindamicina) ou nenhum antibiótico para prevenção de dor, edema, trismo, complicações pós-operatórias em cirurgias de terceiros molares impactados ou retidos. Recentemente foram publicados os procedimentos com indicações para profilaxia antibiótica em cirurgias em documento de consenso na Espanha, incluindo-se cirurgias periapicais, cirurgias ósseas, cirurgias para implantes dentais, enxertos ósseos, excisão de tumores benignos e exodontia de dentes impactados (GUTIÉRREZ; BAGÁN; BASCONES, 2006). Tendo, portanto grande justificativa nosso interesse e preocupação em rever a literatura e a tendência atual das técnicas cirúrgicas mundiais. O uso e benefícios da antibioticoprofilaxia em cirurgia de terceiros molares são controversos e não existem recomendações definidas quanto às regras desta categoria profilática. Há discussões quanto ao uso de antibióticos em relação à remoção de tecido mole, remoção total ou parcial de osso, tempo ideal de uso, dose, duração e via de administração (MARIN et al., 2005). Mesmo que, paradoxalmente, a maioria dos cirurgiões britânicos e mais de 50% dos americanos prescreverem antibióticos sistêmicos para as cirurgias de terceiros molares (PERROTT; YUEN; ANDRESEN, 2003, FALCONER; ROBERTS, 1992, HAUG et al., 2005), esta tendência mundial deve ser investigada, questionada e comprovada para uma prática clínica adequada. Desta forma, este estudo demonstrou que a profilaxia antibiótica não deve ser prescrita em todos os casos, desde que a avaliação de fatores como condições sistêmicas do paciente, habilidade do operador, contaminação do ambiente cirúrgico e insalubridade seja feita corretamente.

Referências

- ARTEGOITIA, I. et al. Efficacy of amoxicillin/clavulanic acid in preventing infectious and inflammatory complications following impacted mandibular third molar extraction. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St Louis, v. 100, n. 1, p. 1118, 2005.
- BENEDIKTSDÓTTIR, I. S. et al. Mandibular third molar removal: risk indicators for extended operation time, postoperative pain, and complications. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St Louis, v. 97, n. 4, p. 438-446, 2004.
- BERGDAHL, M.; HEDSTROM, L. Metronidazole for the prevention of dry socket after removal of partially impacted mandibular third molar: a randomized controlled trial. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 42, p. 555, 2004.
- FALCONER, D. T.; ROBERTS, E. E. Report of an audit into third molar exodontias. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 30, p. 183, 1992.
- GUTIÉRREZ, J. L.; BAGÁN, J. V.; BASCONES, A. Consensus document on the use of antibiotic prophylaxis in dental surgery and procedures. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valência, v. 11, p. E188, 2006.

HALPERN, L. R.; DODSON, T. B. Does prophylactic administration of systemic antibiotics prevent postoperative inflammatory complications after third molar surgery? **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 65, p. 177-185, 2007.

HAUG, R. H. et al. The american association of oral and maxillofacial surgeons age-relates third molar study. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 63, p. 1106, 2005.

MARTIN, M. V.; KANATAS, A. N.; HARDY P. Antibiotic profilaxis and third molar surgery. **British Dental Journal**, London, v. 198, p. 327-330, 2005.

MARTINETZ, L. et al. A Double blind, placebo controlled, randomized, comparative Phase III clinical Trial of pharmacokinetically enhanced Amoxicillin/Clavulanate 2000/125, as prophylaxis or as treatment vs placebo for infectious and inflammatory morbidity after their mandibular molar removal (TMR). In: INTERSCIENCE CONFERENCE ON ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTERAPY, 43., Sept. 14-17, 2003, Chicago, **Proceedings...** Chicago: Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemoterapy, 2003. Ref. L-1384.

PERROTT, D. H.; YUEN, J. P.; ANDRESEN, R. V. Office-based ambulatory anesthesia: outcomes of clinical practice of oral and maxillofacial surgeons. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 61, p. 983-995, 2003.

PIECUCH, J. F.; ARZADON, J.; LIEBLICH, S. E. Prophylactic antibiotics for third molar surgery: a supportive opinion. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 53, p. 53, 1995.

REN, Y.; MALMSTROM, H. S. Effectiveness of antibiotic prophylaxis in third molar surgery: a meta-analylis of randomized controlled clinical trials. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 65, p. 1990-1991, 2007.

SANCHO-PUCHADES, M. et al. Antibiotic prophylaxis to prevent local infection in oral surgery: use or abuse? **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 14, n. 10, p. 28-33, 2009.

SANDS, T.; PYNN, B. R.; NENNINGER, S. Third molar surgery: current concepts and controversies: part 1. **Oral Health**, Toronto, v. 83, n. 5, p.11-14, 1993.

SEKHAR, C. H.; NARAYANAN, V.; BAIG, M. F. Role of antimicrobials in third molar surgery: prospective, double blind, randomized, placebo-controlled clinical study. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Oxford, v. 39, p. 134, 2001.



MENÇÃO HONROSA

Qualidade do serviço farmacêutico: uma análise espacial

Autora: Brígida Dias Fernandes

Co-autores: Ana Carolina Melchior (orientadora); Rodrigo Radow de Freitas (coorientador); Araceli Ferreira Lírio

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/ Centro Universitário Norte do Espírito Santo

Contato: brifernandes@hotmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A prática da atenção farmacêutica busca beneficiar a população, através da interação do farmacêutico com o paciente. Com isso, obtêm-se resultados que melhorem a qualidade de vida dos usuários, ao atender as suas necessidades relacionadas com os medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). Desse modo, um serviço farmacêutico de qualidade promove o uso racional de medicamentos e melhoria na qualidade de vida dos usuários, ao garantir a estes uma farmacoterapia adequadamente indicada, eficaz e segura (OPAS, 2002; 2003). Os serviços farmacêuticos são ainda responsáveis por complementar o serviço médico na atenção à saúde, uma vez que o farmacêutico é na maioria das vezes, o profissional de saúde que tem contato direto com o paciente após a consulta médica (CRFSP, 2010). Neste contexto, faz-se necessário a capacitação e a responsabilidade do profissional farmacêutico, a disponibilidade de estrutura e organização adequadas, e que isto, esteja disponível a todos, pois é preciso que o usuário consiga chegar ao estabelecimento para ter acesso ao medicamento. Assim, se os serviços farmacêuticos prestados têm qualidade, se estão distribuídos de maneira homogênea, se promovem o acesso a toda comunidade e se complementam os serviços de saúde, tem como consequência benefícios ao Sistema Único de Saúde. Entretanto, é sabido que a distribuição geográfica das farmácias é desordenada, pois não há lei federal que estabeleça critérios geográficos e demográficos para a abertura de novos estabelecimentos. Essa distribuição desordenada dificulta o acesso da população localizada distantes das farmácias, que deverão percorrer um caminho mais longo, portanto mais demorado e talvez, dispensar maior valor financeiro para obter o cuidado necessário, sendo privado de um importante serviço de saúde. Desse modo, torna-se importante avaliar a distribuição e qualidade dos serviços farmacêuticos, podendo comparar a complexidade dos procedimentos, bem como a área de cobertura dos serviços e a responsabilidade destes sobre a saúde da população atendida, sendo isso possível através da análise espacial. Utilizar Sistemas de Informações Geográficas (SIG) para analisar a localização espacial dos serviços de saúde tem papel destacado e vem se tornando mais frequente na área de saúde pública, pois a análise a partir dos aspectos geográficos fornece informações sobre o acesso segundo os diferentes aspectos socioeconômicos, contribuindo para a discussão da equidade (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005). Espera-se assim, que o presente estudo contribua com informações que

visem uma melhor compreensão da realidade incentivando os profissionais a buscarem a atenção farmacêutica de qualidade. Além de contribuir com a gestão pública, norteando a elaboração de estratégias políticas que visem à melhoria dos serviços farmacêuticos e do acesso da população a esses bens.

Introdução

Desde o final do século XX, buscam-se à atenção as atividades farmacêuticas para o usuário, tendo o medicamento como meio para atingir os resultados esperados. Soma-se, a esse fator, a prática da atenção farmacêutica, definida por Hepler e Strand em 1990. Entretanto, no Brasil a prática da atenção farmacêutica ainda é incipiente, apesar de decorridos pouco mais de vinte anos desde a sua definição. Isso devido, em grande parte, à falta de autonomia do profissional farmacêutico para exercer sua atividade, o foco comercial dos estabelecimentos farmacêuticos e a falta de estrutura física para realização dos serviços farmacêuticos. É visto que há necessidade de avaliação de qualidade dos serviços farmacêuticos, para que se conheça a realidade do setor e as mudanças aconteçam, sendo isso possível através do desenvolvimento de padrões orientados na estrutura, processo e resultados. A qualidade em saúde ainda pode ser avaliada através da acessibilidade geográfica que relaciona a localização da oferta e a localização dos usuários, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obter o cuidado de que necessita e/ou deseja (DONABEDIAN, 1973). Neste contexto, a análise da localização espacial dos serviços de saúde através dos Sistemas de Informações Geográficas tem papel destacado ao trazer informações sobre a distribuição espacial dos serviços de saúde, tornando-se uma importante ferramenta de conexão entre a saúde e o ambiente. Na área farmacêutica são poucos os trabalhos que utilizam e avaliam a distribuição e qualidade dos serviços farmacêuticos, ainda mais devido a falta de critérios geográficos e demográficos para implantação de novos estabelecimentos. Assim, torna-se importante conhecer a distribuição e analisar quais impactos podem trazer para população utilizando como ferramenta a análise espacial.

Objetivos

Objetivo geral: analisar espacialmente a qualidade dos serviços farmacêuticos no município de São Mateus, Espírito Santo.

Objetivos específicos: a) Descrever a estrutura das farmácias e os serviços farmacêuticos prestados nas farmácias comunitários do município de São Mateus/ES; b) Analisar a distribuição espacial das farmácias e dos serviços de saúde; c) Analisar a área de cobertura das farmácias comunitárias; d) Analisar a densidade demográfica da população atendida pelas farmácias.

Metodologia

Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo em farmácias privadas localizadas na zona urbana de um município. O objeto de estudo foram as farmácias que possuíam responsável técnico, sendo a relação fornecida pelo Conselho Regional de Farmácia. Foram

excluídas as farmácias localizadas no balneário do município, bem como as farmácias públicas. Os dados foram coletados utilizando questionários estruturados, autoaplicáveis e diretos, com 54 perguntas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer. Os farmacêuticos que aceitaram participar realizaram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários continham questões sobre o perfil dos farmacêuticos e indicadores de estrutura e processos desenvolvidos nas farmácias. Os indicadores de estrutura e processo foram escolhidos com base em outros estudos publicados, na resolução nº 44 de 2009, na Portaria 344/98 da Anvisa, no documento sobre Boas Práticas de Farmácia do Conselho Federal de Farmácia e sob a ótica da responsabilidade ambiental. Quanto à análise espacial, o trabalho utilizou imagens de alta resolução disponíveis através do aplicativo “Google Earth”. O processamento das informações e a modelagem digital foram realizados pelo SIG Idrisi Andes edition®. A imagem foi devidamente georreferenciada (Landsat 5 image, 2000) e digitalizada no software CartaLinx®. Aliado a coleta de dados, obteve-se a localização das farmácias, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos hospitais e os georreferenciados. A partir das imagens obtidas foram construídos índices que avaliaram a distribuição espacial das farmácias e a abrangência por habitante, que apontavam em que ponto, menos ou mais favorável, cada bairro presente na área de estudo se encontravam comparativamente. Além disso, para melhor visualização dos resultados, na imagem processada, os bairros foram representados por cores correspondentes a categoria em que se encontra, mediante o indicador analisado. O método utilizado para categorizar cada índice foi gerado por matriz de importância relativa em que os indicadores variavam entre um e cinco, em que um (1) representava um serviço de muito baixa qualidade e cinco (5) um serviço de alta qualidade, com três intervalos entre eles (2, 3 e 4). O índice da distribuição foi construído a partir da análise de cinco indicadores: presença de Farmácia; presença de Unidade de Saúde (US); cálculo da área de cobertura das farmácias; número de interseções das Zonas Tampão (buffer 350m) e presença de unidade de saúde dentro do buffer de 100 m das farmácias. Desse modo, ao final, cada bairro possuía cinco valores de acordo com o enquadramento em cada indicador, esses dados foram analisados e conforme o grau de similaridade em que se encontravam obteve-se um agrupamento dos bairros. No Índice de densidade foi analisado o número de habitantes por farmácia. Foi também atribuído um valor de importância para cada intervalo de densidade demográfica encontrada.

Resultados

Conforme a relação do CRF de novembro de 2010 havia 58 farmácias no município, sendo que 40 se enquadravam no desenho do estudo. A maior parte das farmácias foi classificada como de dispensação (90%); 5% como dispensação, manipulação e homeopatia; 2,5% como manipulação e homeopatia; e 2,5% como manipulação e dispensação. A presença da parceria com a farmácia popular esteve presente em somente 22,5% das farmácias. A presença de medicamentos que eram de venda sob prescrição médica em gôndolas ou prateleiras ao alcance dos usuários foi encontrada em 40% das farmácias. A maioria dos farmacêuticos era do sexo feminino, com média de idade de 29,1 anos. Apenas 2,5% das farmácias utilizavam de estrutura privada para atendimento ao usuário. O dicionário de especialidades farmacêuticas e o guia de remédio, apresentaram-se como fontes terciárias mais frequentes (75%). Dentre os processos realizados, a dispensação de medicamentos foi o de maior frequência (100%), seguido pela verificação de pressão arterial

(92,5%). A maioria das farmácias não elabora declaração de serviço farmacêutico (72,5%), assim como não utilizam prontuários para o acompanhamento da evolução dos resultados terapêuticos apresentados pelos usuários (85%). A partir da análise das imagens geradas foi possível identificar que a distribuição das farmácias ocorre de maneira heterogênea, com a existência de bairros com acúmulo de farmácias e outros com nenhuma farmácia. Entretanto, apesar da existência de bairros que não possuíam farmácias, receberem a cobertura de farmácias localizadas próximas a eles, apenas 43,7% do território estudado recebe a cobertura dos serviços farmacêuticos. A maioria das farmácias se localiza muito próximas umas das outras, mostrando que a distância mínima de 350 metros não existe em muitos bairros do município. Todos os bairros possuíam UBS, uma vez que foi um critério para a delimitação dos mesmos. Observou-se a presença de hospital em apenas dois bairros, sendo que a maioria dos bairros apresenta a distância mínima de 100 metros entre as unidades de saúde e as farmácias. Ao final, foi construída a imagem representando o índice de distribuição, sendo que os bairros foram separados em cinco grupos em 84,9% de similaridade, sendo que o grupo contendo os bairros com somatório dos valores de importância mais baixo adquiriu valor um, e o grupo com valores de importância mais altos adquiriu valor cinco. No que diz respeito ao número de habitantes pelo número de farmácias que possuíam cobertura no respectivo bairro, encontrou-se valores distantes do preconizado pela legislação de Portugal. Entretanto, em bairros mais distantes, assim como ocorreu no critério área de cobertura, a presença de apenas uma farmácia é suficiente para atender a população que é de sua responsabilidade. Ao final, também foi gerada uma imagem contendo a categorização dos bairros conforme a densidade encontrada em cada bairro.

Conclusão

Com os resultados desta pesquisa é possível concluir que a maioria das farmácias do município ainda não possui condições de estrutura adequadas para a efetiva implantação de serviços de atenção farmacêutica e, principalmente, do acompanhamento farmacoterapêutico. As atividades realizadas pelos farmacêuticos encontram-se focadas demasiadamente nas tarefas administrativas, assim como em estudos realizados em outras regiões do Brasil. Levando em consideração a importância dos serviços farmacêuticos para a população. Conhecer as características, as dificuldades e o contexto em que a prática farmacêutica se desenvolve é necessário para o seu aprimoramento. A prática da atenção farmacêutica requer uma mudança estrutural das farmácias e um rearranjo de funções, uma vez que, atualmente, a estrutura e as atividades são adequadas à atividade comercial. Além disso, a distribuição das farmácias comunitárias se faz de maneira desorganizada e heterogênea, privando boa parte da população ao acesso a esse serviço e gerando o seu acúmulo em algumas regiões, o que é visto de forma desfavorável quando analisado como estabelecimento de saúde. Entretanto, a pesquisa também aponta falhas no zoneamento municipal. A falta da delimitação de unidades administrativas impede a obtenção de dados demográficos e análise mais precisa dos resultados obtidos. A utilização do SIG demonstrou-se apropriada para análise dos serviços, permitindo conhecer a realidade local e chamar a atenção para a distribuição das farmácias, servindo de estímulo para estudos futuros e também para implementação de legislação nacional e municipal que norteie a instalação desses serviços de saúde. Por último, este estudo mostra a necessidade de melhoras nos serviços farmacêuticos do município como um todo, desde a estrutura e serviços prestados pelas farmácias, até uma melhor distribuição desses serviços para atender a toda população de forma eficiente e com qualidade.

Referências

CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 361-378, mar./abr. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRFSP). **Assistência farmacêutica municipal**: diretrizes para estruturação e processos de organização. 2.ed. São Paulo: CRFSP, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

_____. **Proposta consenso brasileiro de atenção farmacêutica, atenção farmacêutica no Brasil**: “Trilhando Caminhos”. Brasília: OPAS/OMS, 2002.



Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos 2011

Categoria:

Trabalho desenvolvido em:
entidades/instituições; meios de
comunicação; e no âmbito da cultura



Construção do conhecimento sobre uso racional de medicamentos através da utilização de tecnologias de informação e comunicação

Autores: Iane Franceschet de Sousa; Alcício Rocha de Sousa Júnior

Instituição: Instituto Salus

Contato: ianefran@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O uso racional de medicamentos (URM) deve ser tratado não apenas como necessidade, mas como uma prioridade na atual conjuntura de saúde da população. Vários são os motivos que geram este panorama. Um deles é o crescimento da indústria farmacêutica, que coloca no mercado nacional mais de 10 mil apresentações farmacêuticas (ARRAIS, 2009). Este número inclui tanto os fármacos com eficácia e segurança comprovados, quanto àqueles que não preenchem estes critérios. Apesar das ações de regulação na área de medicamentos, o uso irracional de medicamentos é um problema crescente. Vários são os fatores indutores, como a automedicação, as estratégias de vendas da indústria farmacêutica, o cunho comercial do setor de farmácias e drogarias, o mercado clandestino de medicamentos, entre outros. Além disso, a formação dos recursos humanos em saúde vem sofrendo profundas modificações. Um dos problemas apontados na formação dos profissionais de saúde é o aumento na quantidade de cursos de graduação, lançando no mercado um excessivo número de egressos, sobretudo nos grandes centros urbanos, gerando dificuldades na padronização e na qualidade do atendimento (JATENE; BERNARDO; MONTEIRO-BONFÁ, 2001). Tendo em vista este panorama, iniciativas que incentivem o uso racional de medicamentos são essenciais. Já é consenso de que uma das formas mais efetivas para gerar mudanças de conduta e postura é estimular e investir em estratégias educativas. A difusão de informações e conhecimentos sobre o uso racional de medicamentos, tanto para acadêmicos e profissionais da saúde, quanto para a comunidade em geral, é uma das estratégias prioritárias para sensibilizar a população da necessidade de racionalizar o uso de medicamentos. Atualmente, com a crescente utilização das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC), sobretudo a rede mundial de computadores – internet –, há mais facilidade em alcançar o público-alvo, com maior rapidez. Na internet as redes sociais ocupam lugar de destaque e possibilitam não apenas a propagação do conhecimento, mas também a interatividade entre os usuários, através dos mecanismos de postagens e compartilhamento de informações, que ocorrem de forma instantânea. Saber manter o vínculo com o público tem sido objeto de estudo pelas organizações, pois é notória a possibilidade de inserção de novas informações,

opiniões, estimula a participação popular e até mesmo acompanha a situação da imagem institucional. Dessa forma, torna-se oportuno e necessário utilizar ferramentas de comunicação e informação para propagar o uso racional de medicamentos para estudantes e profissionais da saúde, bem como para o público em geral. A utilização de sítios eletrônicos e de redes sociais são ferramentas valiosas que podem gerar resultados positivos, já que estimulam a participação pública e o envolvimento da população, em prol da construção de um sistema de saúde onde todos podem participar.

Introdução

Algumas das intervenções fundamentais para promover o uso mais racional dos medicamentos abordam a educação médica continuada (e demais profissionais da saúde), como requisito para o desempenho da profissão e, ainda, a educação do público em geral sobre o URM (OMS, 2002). Em seguimento às recomendações internacionais, no Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) contempla o URM como uma das diretrizes para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade. Enfatiza a necessidade de investir esforços no processo educativo dos consumidores, bem como dos profissionais da saúde, sobretudo aos prescritores e dispensadores, em relação aos critérios de racionalidade no uso de medicamentos (BRASIL, 2001). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) reitera que a promoção do URM deve ser enfatizada por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004). Dentre as alternativas apontadas para reverter ou minimizar a problemática do uso irracional de medicamentos, uma delas se refere à educação e ao acesso à informação da população sobre o assunto (AQUINO, 2008). Tendo em vista a necessidade de direcionar esforços para os processos educativos sobre o URM, um dos mecanismos mais efetivos e com amplo alcance é a utilização da internet, para atingir, sensibilizar e informar o público-alvo. A internet propicia a troca de experiências, de dúvidas, de materiais e as trocas pessoais (MORAN; MASETTO; BEHRENS, 2006). Uma vez que a posição geográfica não se torna uma barreira, há a possibilidade de aproximação de pessoas gerando interação. Assim forma-se uma verdadeira rede de contatos, que pode ser facilmente acessada através de um simples “clique”, pois as postagens podem ser debatidas pelos receptores em tempo real (SOUSA; AZEVEDO, 2010). Desta forma, é fundamental que as novas tecnologias sejam incorporadas às ações sobre o URM.

Objetivos

Estimular a construção do conhecimento em URM para acadêmicos, profissionais da saúde e público em geral, através do sítio eletrônico www.institutosalus.com e das principais redes sociais; facilitar o acesso à informação sobre o URM, através da publicação de notícias (informação imparcial); estimular o senso crítico dos leitores através da publicação de colunas (informação crítica), bem como oferecer espaço para professores e pesquisadores divulgarem seus textos; estimular a produção do conhecimento em URM através do espaço para publicação e pesquisa de artigos (informação científica).

Metodologia

O sítio eletrônico designado neste trabalho pertence ao Instituto Salus www.institutosalus.com, empresa com atuação específica na área da saúde, cujo intuito é a difusão do conhecimento em saúde, inclusive sobre uso racional de medicamentos. O Instituto Salus possui sede física na Pantanal Incubadora Mista de Empresas (PIME) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), localizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O público alvo do Instituto Salus engloba estudantes e profissionais da área da saúde, servindo como um espaço para o estudo complementar e como mecanismo de atualização profissional. O público em geral, também pode encontrar informações pertinentes às suas necessidades. O Instituto Salus foi concebido e planejado por seus fundadores, seu sítio eletrônico foi desenvolvido por uma equipe especializada, cujo lançamento oficial ocorreu em junho de 2011. Estrutura do sítio eletrônico: o sítio eletrônico contém os seguintes espaços: notícias, colunistas, vídeos e artigos científicos, descritos a seguir:

- 1) Notícias: são elaboradas por equipe própria de redação e objetivam prestar informações de forma imparcial sobre temas da área da saúde relacionados às seguintes categorias: uso racional de medicamentos: assuntos relacionados ao uso de medicamentos e mecanismos para alcançar a racionalidade na terapia medicamentosa; Saúde Pública: assuntos relacionados à saúde da comunidade, que sejam de interesse geral, que visam a prevenção de doenças e a promoção da saúde; SUS: temas relacionados com políticas, programas, serviços e ações do governo no sistema de saúde; Bem-estar: temas relacionados à qualidade de vida; Alimentação e nutrição: assuntos que interrelacionam a saúde e a alimentação/nutrição;
- 2) Colunistas: os colunistas são professores e/ou pesquisadores da área da saúde que, a convite do Instituto Salus, publicam textos denominados de “colunas”, com liberdade para expressar seu ponto de vista. O objetivo das colunas é proporcionar ao leitor informações aprimoradas, num maior grau de complexidade, que trazem uma análise crítica e um ponto de vista de um profissional com expertise numa área de conhecimento;
- 3) Vídeos: o Instituto Salus faz indicações de vídeos que estão disponíveis em acesso aberto na internet. O usuário pode assisti-los no próprio ambiente do sítio eletrônico. Os vídeos são indicados porque tem relação com assuntos publicados na seção de notícias do sítio eletrônico;
- 4) Artigos Científicos: a seção de artigos científicos é destinada a atender parte da demanda de publicações na área da saúde. O objetivo é estimular a produção de artigos provenientes dos cenários de prática, assim como os artigos acadêmicos. São aceitos para publicação artigos de revisão e artigos derivados de trabalhos práticos. A publicação dos textos segue normas estabelecidas e deve ter caráter exclusivo e original. Os artigos ficam disponíveis para serem baixados e compartilhados.

Resultados

Desde o seu lançamento em junho, até outubro de 2011, o Instituto Salus obteve o total de 9.616 acessos/visitas no seu sítio eletrônico, oriundas de 34 países. No Brasil o sítio eletrônico teve 9.185 acessos/visitas feitas em 391 municípios. No total, o sítio eletrônico teve 25.495 visualizações de páginas, considerando que um visitante pode navegar em diversas páginas num

único acesso. Consta a seguir uma descrição mais detalhada do conteúdo do sítio eletrônico e do perfil de acessos. As notícias da categoria “uso racional de medicamentos” foram acessadas 4.673 vezes, considerando os meses de junho a outubro de 2011. A seguir são apresentados os títulos de algumas notícias desta categoria: Bulas de medicamentos e a RDC 47/2009: qualidade das informações sobre medicamentos; Proibição dos anorexígenos pela Anvisa; uso racional de medicamentos: onde está a racionalidade?; Atenção Farmacêutica e sua importância no sistema de saúde; Prescrição racional de medicamentos: aspectos legais e recomendações; Dispensação de Medicamentos e Boas Práticas de Farmácia; Avaliação de Tecnologias em Saúde como ferramenta para a gestão do SUS; Notificação de Reações Adversas a Medicamentos e o Notivisa; Resíduos de Serviços de Saúde: normas para o gerenciamento e descarte; Descarte de medicamentos guardados em domicílio: como fazer?; Armazenamento de Medicamentos em Farmácia Caseira; Medicamentos ainda são os maiores causadores de intoxicações no Brasil; Você sabe a diferença entre remédio e medicamento?; O uso abusivo de analgésicos e suas consequências; Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância. O Instituto Salus conta com 10 colunistas e 36 colunas publicadas no sítio eletrônico, que foram visitadas 4.014 vezes, de junho a outubro de 2011. A seguir estão listados os títulos de algumas colunas: Como anda a qualidade dos serviços de saúde?; Serviços Farmacêuticos: o farmacêutico está preparado?; A educação em saúde para a promoção da saúde efetiva; Medicina Baseada em Evidências: Boletins n.1 a 4; A polifarmácia e o papel do farmacêutico. O sítio eletrônico possui 26 vídeos postados, sugeridos para complementar as informações disponibilizadas nas notícias, colunas e artigos, através da mídia audiovisual. O Instituto Salus publicou 16 artigos científicos até outubro de 2011, que foram acessados 3.147 vezes. Alguns deles estão listados a seguir: Prática Farmacêutica em Farmácias e Drogarias; Serviços Farmacêuticos no âmbito da Farmácia Hospitalar: uma revisão de literatura; Dispensação de medicamentos: aspectos legais e recomendações; Prescrição de medicamentos: legislação e recomendações; uso racional de medicamentos: importância da prescrição e da dispensação; Panorama das práticas de prescrição e dispensação de medicamentos no Brasil.

Conclusão

A sociedade contemporânea vivencia um nível de desenvolvimento tecnológico avançado, onde o acesso à informação e ao conhecimento é facilitado e permite a interação em tempo real do usuário final. Isto facilita a interlocução da sociedade com organizações e instituições públicas e privadas. Este cenário deve ser estimulado, também, quando se aborda o URM. A postura da sociedade em relação às barbáries da irracionalidade no uso de medicamentos precisa mudar. Não se pode mais tolerar, por exemplo, certas condutas que privilegiam apenas alguns setores em detrimento da saúde coletiva. Desta forma, o projeto aqui apresentado vem se mostrar como uma alternativa e um modelo a ser seguido, para estimular e disseminar o conhecimento sobre o URM, partindo do pressuposto de que o conhecimento e a educação são a base para uma mudança social efetiva. Desde seu lançamento oficial em junho de 2011, o sítio eletrônico do Instituto Salus tem demonstrado grande aceitação pelo público, o que pôde ser visualizado de forma quantitativa nos resultados apresentados. Um aspecto positivo se refere à sustentabilidade e continuidade da proposta, já que se trata de um ambiente de internet cuja atualização e expansão são constantes. O Instituto Salus prevê a implantação de melhorias e novas ferramentas tecnológicas de forma

contínua, para proporcionar novas formas de acesso ao conhecimento. É importante, ainda, ressaltar o aspecto inovador desta proposta, haja vista que utiliza TIC como meio para alcançar o público alvo, além de oferecer espaços de trabalho e de atuação na produção de conhecimento em uso racional de medicamentos, como para a publicação de artigos científicos. Visto que há necessidade de difusão permanente de conhecimento consistente sobre o uso racional de medicamentos, o Instituto Salus contribui para atingir este objetivo, em consonância com as diretrizes e políticas do setor de medicamentos no Brasil.

Referências

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.733-736, 2008. Supl.

ARRAIS, P. S. D. **Medicamentos consumo e reações adversas**: um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio, 2004, s. 1, n. 93, p. 52-53.

JATENE, F. B.; BERNARDO, W. M.; MONTEIRO-BONFÁ, R. O processo de implantação de diretrizes na prática médica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 2, p. 89-93, 2001.

MORAN, J. .; MASETTO, M.; BEHRENS, M. **Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica**. 12. ed. Campinas: Papirus, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Promoción del uso racional de medicamentos componentes centrales**: perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, 2002.

SOUSA, L. M. M.; AZEVEDO, L. E. **O uso de mídias sociais nas empresas**: adequação para cultura, identidade e públicos. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORTE, 9., 2010, Rio Branco. **Intercom**. Rio Branco: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2010.



MENÇÃO HONROSA

Monitoramento hospitalar do novo tuberculostático combinado disponibilizado pelo SUS: COXCIP-4

Autores: Luciana dos Santos; Andressa Lovato Tadiotto, Jacqueline Kohut Martinbiancho, Daiandy da Silva, Joice Zuckermann, Maria Elisa Ferreira dos Santos

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Seção de Farmácia Clínica

Contato: lusantos@hcpa.ufrgs.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A tuberculose é um importante problema de saúde pública mundial e segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da tuberculose (BRASIL, 2012). Estima-se que ocorram 8,8 milhões de novos casos/ano e que a doença cause mais de dois milhões de óbitos anualmente (WHO, 2011; STERLING et al., 2011). O Brasil se encontra entre os 22 países priorizados pela OMS, que abrangem 80% da carga mundial de tuberculose, ocupando a 19ª posição. Em 2011, ocorreram 69.245 casos novos da doença com incidência de 36 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012). Em 2008, somente cinco países ainda utilizavam esquemas com três fármacos (isoniazida, rifampicina e pirazinamida), sendo o Brasil o único com alta carga de tuberculose (BRASIL, 2012). A inclusão do etambutol tem por objetivo aumentar a proteção contra a expressão fenotípica de possíveis mutações genéticas do *Mycobacterium tuberculosis*, especialmente a multirresistência. A escolha do etambutol para compor o novo esquema deveu-se à sua ampla e longa utilização na maioria dos países afetados pela tuberculose, demonstrando elevada eficácia e segurança (WHO, 2011). Essa alteração no esquema de terapêutico da tuberculose se deve a falta de alternativas para o tratamento, já que não existem perspectivas de novos fármacos para os próximos 10 anos. Daí a necessidade de se preservar a isoniazida e rifampicina para prevenção da resistência (VRANJAC, 2010). O COXCIP-4, comprimido combinado com baixas doses fixas de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, trata-se de um novo medicamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para o tratamento da tuberculose, distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de facilitar a distribuição nas redes e reduzir o número de comprimidos/dia, ampliando, assim, a adesão e diminuindo as taxas de abandono do tratamento e preservar a isoniazida e rifampicina do aumento da resistência; sendo que, em 2009, as taxas de resistência a isoniazida aumentaram de 4% para 6% e de 1,1% para 1,4%, para a isoniazida + rifampicina (STERLING et al., 2011). Desta forma, um programa de farmacovigilância voltado para detecção e prevenção de reações adversas e qualquer outro problema relacionado com o medicamento auxiliaria na promoção do uso seguro/racional, já que a tuberculose é uma doença curável e evitável, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento, sendo a adequada associação medicamentosa, dosagens corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o adequado tratamento, evitando a persistência bacteriana e

o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do paciente (WHO, 2011). Desta forma, cabe à farmacovigilância acompanhar possíveis reações adversas e orientar o correto uso do medicamento entre os usuários do SUS.

Introdução

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada principalmente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Köch, mas outras espécies de micobactérias, também podem causar a tuberculose, que afeta principalmente os pulmões, podendo também ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges. A transmissão é direta, de pessoa a pessoa, portanto, a aglomeração de pessoas é o principal fator de transmissão. O doente expele, ao falar, espirrar ou tossir, gotículas de saliva que contêm o agente infeccioso e podem ser aspiradas por outro indivíduo contaminando-o. Má alimentação, hábitos de higiene inadequados, tabagismo, alcoolismo ou qualquer outro fator que gere baixa resistência orgânica também favorece o estabelecimento da doença (STEFANI, 2004). Com o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA), em 1981, houve um número crescente de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV. A associação dessas duas enfermidades constitui um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose em muitos países (BRASIL, 2012). Em estudo realizado em centro de referência no sul do Brasil, a taxa de resistência observada entre indivíduos com tuberculose e infectados pelo HIV foi de 14,6% para a primeira linha de tratamento (DEUTSCHENDORF; GOLDANI; SANTOS, 2012). O esquema de tratamento é a base de antibióticos orais. Em 2009, o MS propôs um novo sistema para o tratamento da doença; entre as mudanças estavam a redução das dosagens de isoniazida, pirazinamida e rifampicina e a introdução de uma quarta droga, o etambutol, em um único comprimido combinado. A dose fixa combinada tem o intuito de preservar a isoniazida e rifampicina da resistência aos fármacos. Também, o novo esquema de tratamento trouxe outros benefícios como a redução do número de comprimidos a serem ingeridos pelo doente, que passou de seis para quatro comprimidos diários, redução de erros de prescrição ou de compreensão, impossibilidade de tomada isolada das drogas e simplificação da gestão farmacêutica em todos os níveis (WHO, 2011; VRANJAC, 2010). Há relatos de redução na frequência de reações adversas ao se comparar o uso de COXCIP-4 com o uso de monoterapia de outros tuberculostáticos, possivelmente pela baixa dosagem, principalmente, de pirazinamida e dos outros tuberculostáticos (GRAVENDEEL, 2003). As reações adversas mais comuns estão às relacionadas com sistema dermatológico, podendo ser necessário uso de anti-histamínico, gastrointestinal e dores articulares, podendo ser necessário uso de analgésico ou antiinflamatório (WHO, 2011; GRAVENDEEL, 2003; MENZIES, 2008). Já as graves se relacionam com efeitos, principalmente, de hepatotoxicidade (WHO, 2011; STERLING et al., 2011; MENZIES, 2008; YEY; LEUNG, 2006). Por enquanto, dados sobre os benefícios do uso do comprimido combinado na adesão do paciente são limitados e incompletos (WHO, 2011).

Objetivos

Acompanhar os pacientes em uso de COXCIP-4 através da busca ativa de reações adversas e realizar orientações de administração do medicamento para as equipes profissionais e pacientes da instituição.

Metodologia

Foi realizado estudo observacional descritivo, no período de fevereiro a maio de 2011 nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no qual foram incluídos todos os pacientes em uso de COXCIP-4, exceto os da unidade de emergência. O Hospital, de caráter geral, terciário e universitário no sul do Brasil, é composto por 795 leitos e faz parte da Rede de Hospitais Sentinela; desta forma, o programa de farmacovigilância foi implantado na instituição em 2002 e vem sendo desenvolvido pela Seção de Farmácia Clínica, sendo o Centro de Informações sobre Medicamentos o responsável pelas atividades desenvolvidas pela farmacovigilância. O objetivo principal da farmacovigilância é desenvolver atividades relacionadas às reações adversas. O trabalho é desenvolvido visando identificar questões relacionadas ao uso dos medicamentos; promover o uso seguro e efetivo dos mesmos; contribuir para reduzir os riscos relativos à sua utilização, através do acompanhamento sistemático da ocorrência de Reações Adversas a Medicamentos (RAM). Os pacientes foram identificados através de relatório de medicamentos prescritos por paciente/dia emitido pelo sistema informatizado da instituição e acompanhado por busca ativa de RAM, através da leitura no prontuário eletrônico e foi realizado intervenções com equipes/pacientes quanto aos cuidados na administração do fármaco, quando necessário. Para o acompanhamento, ficha de registro dos dados dos pacientes foi desenvolvida. Em média, são dispensados 1.085 comprimidos de COXCIP-4/mês aos pacientes internados na instituição. A busca ativa de RAM foi realizada diariamente a partir do primeiro dia de administração do medicamento. Os pacientes hospitalizados foram acompanhados, na maioria dos casos, até a alta hospitalar e, em caso de suspeita de reação adversa o paciente foi acompanhado por sete dias após a detecção da mesma, a fim de se verificar a evolução da RAM. Quando detectada a possibilidade de RAM, o programa de farmacovigilância da instituição foi comunicado para realizar a verificação da possibilidade de RAM e notificação. Em caso de suspeita de RAM confirmada, a farmacovigilância fez a notificação e realizou as classificações para estabelecer causalidade, gravidade e previsibilidade. O algoritmo de Naranjo et al. (1981) foi utilizado para estabelecer a causalidade entre o medicamento e a suspeita de reação, classificando-as em definidas, prováveis, possíveis ou duvidosas (NARANJO et al., 1981). Quanto à previsibilidade, as RAM foram classificadas segundo Thompson e Rawlins, em previsíveis (Tipo A) e imprevisíveis (Tipo B) e quanto à gravidade, conforme a OMS, em reações leves, moderadas e graves (LAPORTE et al., 1993. As equipes foram alertadas a orientar o paciente para que relatasse qualquer efeito indesejado durante o uso do medicamento. Também, ao se detectar a possibilidade de reação adversa, foi analisada a presença de interações medicamentosas envolvendo o medicamento em estudo e os fármacos prescritos através da base de dados Micromedex®, que possibilita a checagem da presença de interações medicamentosas que possam causar possíveis danos aos pacientes em uso de tais fármacos, a fim de descartar outra possibilidade para tal evento (DRUGDEX, 2011). Em relação às orientações sobre a administração do COXCIP-4 aos profissionais de saúde e pacientes do SUS, alertas da farmácia clínica foram fixados nos prontuários dos pacientes com recomendações referentes aos cuidados de administração do medicamento a fim de que estas orientações fossem observadas e repassadas aos pacientes no momento da alta hospitalar; orientações como, por exemplo, a necessidade de se administrar os comprimidos preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas após as refeições), devido a presença de interação com alimentos, já que a rifampicina e a isoniazida têm sua absorção diminuída quando administradas junto às refeições

(AGRAWAL et al., 2004). Em caso de intolerância gástrica ou outros eventos adversos gástricos persistentes, considerar a administração com alimentos (DRUGDEX, 2011; AHFS, 2009); não partir ou triturar o comprimido e tomar com uma quantidade razoável de líquido. O estudo apresenta limitações em relação ao tempo de acompanhamento, pois não foi possível realizar seguimento do paciente em uso do medicamento domiciliar e/ou ambulatorial, não se tendo, então, os relatos registrados de reações adversas com início tardio na pós-internação hospitalar.

Resultados

No período de quatro meses, o COXCIP-4 foi prescrito para um total de 98 pacientes, média de 24 pacientes/mês. Destes, 64 (65,3%) foram acompanhados para busca ativa de RAM. De 12,5% dos pacientes acompanhados, oito RAM foram notificadas à farmacovigilância da instituição; das notificações, 75% ocorreram com o sexo feminino e 25%, com o masculino e a média de idade foi de 42,3 anos. Em relação ao histórico clínico destes pacientes com RAM, muitos apresentavam mais de um tipo de patologia associada como: tabagismo (20% dos casos); cardiopatia, HIV e neoplasia (13,3% dos casos); etilismo e hipertensão (6,7% dos casos) e outros (26,7%). As reações adversas notificadas foram: dor abdominal (25%), náuseas e vômito (25%), constipação (12,5%), rash cutâneo (12,5%), aumento das transaminases (12,5%) e icterícia (12,5%). Na relação número de comprimidos e efeitos das RAM, observou-se que independente das doses administradas, os pacientes apresentaram reações com efeitos leves a moderados; os pacientes (25% das RAM notificadas) que receberam um a dois comprimidos de COXCIP-4 no dia apresentaram principalmente dor abdominal, já os que receberam quatro comprimidos no dia apresentaram efeitos mais severos como aumento das transaminases hepáticas, rash cutâneo generalizado e constipação. Dos pacientes que apresentaram reação adversa, não foram encontrados relatos de algum tipo de alergia a qualquer tuberculostático ou outro medicamento. Em relação à causalidade, 75% das RAM foram classificadas como prováveis, 12,5%, como definidas e 12,5% como possíveis. Quanto à severidade, 62,5% foram classificadas como leves e 37,5%, moderadas. Em relação à previsibilidade na literatura, 100% das reações foram do tipo A, bem relatadas na literatura. Em relação às interações medicamentosas, foi encontrada uma interação medicamentosa que poderia ter contribuído para a possibilidade de desencadeamento da reação adversa. O efeito do uso concomitante de tuberculostáticos e paracetamol pode resultar em hepatotoxicidade e pode ser considerada uma interação com severidade moderada e de início tardio e que pode estar relacionado com a RAM (LAPORTE, 1993). Os itens de prescrição, no período de internação e no início da RAM, variaram de cinco a 18 medicamentos (média de 9,6 itens/prescrição). Em relação à conduta adotada pela equipe médica, após o relato do efeito indesejado pelo paciente, em 62,5% dos casos, optou-se por continuar com o uso do medicamento, 25% dos casos necessitaram de tratamento específico (analgésico, antiemético) e em 12,5% o medicamento foi suspenso com melhora logo após. Alguns pacientes relataram dificuldade de deglutição do comprimido. Em relação à recuperação dos pacientes, observou-se recuperação sem sequelas em 50% dos casos, 37,5% apresentaram evolução desconhecida (sem registro ou dados de informação) e em 12,5% a hospitalização foi prolongada pela reação adversa. Das reações adversas descritas nos prontuários, cinco (62,5%) estavam relacionadas com

hepatotoxicidade, rash cutâneo e dor abdominal e foram notificadas ao Notivisa. Estas RAM foram notificadas ao Notivisa tendo em vista o prolongamento da internação do paciente proveniente dos efeitos da RAM, baseado na gravidade e significância clínica dos efeitos apresentados. Realizou-se 49 (76,6%) intervenções junto às equipes quanto à presença de interação medicamento-alimento; nos outros 23% não foi realizada intervenção, uma vez que as equipes no momento da prescrição já descreviam as orientações necessárias para a administração do medicamento.

Conclusão

O esquema de tratamento da tuberculose é longo e não pode ser interrompido e o aparecimento de reações adversas pode acarretar em má adesão e até mesmo abandono do tratamento, não ocorrendo cura e não interrompendo a cadeia de transmissão da doença (VIEIRA; GOMES, 2008). A melhor medida de prevenção e de controle da tuberculose é o diagnóstico precoce e o tratamento dos bacilíferos até a cura. O COXCIP-4 apresenta baixa frequência de reações adversas e melhor tolerância gastrointestinal, além de facilitar a administração diária e diminuir risco de resistência aos fármacos (BRASIL, 2012). Em relação à aceitabilidade, efeitos adversos e adesão ao tratamento, há relatos que a terapia combinada de doses fixas é similar, ou melhor, em relação à primeira linha de tratamento de doses individualizadas, sendo uma possibilidade na redução da resistência e com benefício custo-efetivo (MONEDERO; CAMINERO, 2011). No estudo foi observado que as reações adversas notificadas estavam relatadas na literatura e condiziam conforme descrito por outros autores, onde reações do trato gastrointestinal e dermatológico foram as mais frequentes; na maioria dos casos, não houve necessidade de interromper o tratamento e, sim adequar a forma e horário de administração do paciente (VIEIRA; GOMES, 2008). Dentre as reações adversas com efeitos graves está a hepatotoxicidade, mais evidente com uso de isoniazida; enquanto que outras reações leves a moderadas estão relacionadas aos outros tuberculostáticos (STERLING et al., 2011). Estudo norueguês mostrou que 2% dos pacientes adultos abandonaram o tratamento, após a primeira semana de uso dos tuberculostáticos, motivados pelas reações adversas dos fármacos, principalmente rifampicina e pirazinamida (HINDERAKER, 2009). Para prevenção ou redução dos efeitos adversos manifestados pelos pacientes, um sistema de farmacovigilância onde se identifique, avalie, e previna tais efeitos auxilia na redução do impacto social e econômico dos efeitos adversos e interrupção do tratamento. Além disso, a farmacovigilância é um instrumento importante na promoção de informação sobre medicamentos, permitindo uma melhor avaliação risco/benefício e otimizando os resultados da terapêutica e auxiliando no uso correto da terapêutica.

Referências

AGRAWAL, S. et al. Comparative bioavailability of rifampicin, isoniazid and pyrazinamide from a four drug fixed combination with separate formulations at the same dose levels. **International Journal of Pharmaceutics**, Maryland Heights, v. 276, p. 41-49, fev. 2004.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (AHFS). **Drug Information 2009**. 16. ed. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2009. 3824 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose – Novo medicamento disponibilizado pelo MS**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 29 maio 2012.

DEUTSCHENDORF, C.; GOLDANI, L. Z.; SANTOS, R. P. Previous use of quinolones: a surrogate marker for first line anti-tuberculosis drugs resistance in HIV- infected patients? **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 142-145, 2012.

DRUGDEX. **Micromedex Healthcare Series**. New York: Thomson Healthcare, Inc. 1974-2011. v. 2.0. Disponível em: <<http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>>. Acesso em: ago. 2011.

GRAVENDEEL, J. M. T. et al. Preliminary results of an operational field study to compare side effects, complaints and treatment results of a single-drug short-course regimen with a four-drug fixed-dose combination (4FDC) regimen in South Sulawesi, Republic of Indonesia. **Tuberculosis**, Edimburgo, v. 83, n. 1, p. 183-186, fev. 2003.

HINDERAKER, S. G. et al. Serious adverse reactions in a tuberculosis programme setting in Kyrgyzstan. **The International Journal of tuberculosis and Lung Diseases**, Oxford, v. 13, n. 12, p. 1560-1562, 2009.

LAPORTE, J. R. et al. **Princípios de Epidemiologia Del Medicamento**. 2. ed. Barcelona: Masson, 1993.

MENZIES, D. et al. Adverse events with 4 months of rifampin therapy or 9 months of isoniazid therapy for latent tuberculosis infection: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 149, n. 10, p. 689-697, nov. 2008.

MONEDERO, I; CAMINERO, J. A. Evidence for promoting fixed-dose combination drugs in tuberculosis treatment and control: a review. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 433-439, 2011.

NARANJO, C. A. et al. A method for estimating the probability of adverse drug reaction. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, New York, v. 30, n. 2, p. 239-245, ago.1981.

STEFANI, D. S. et al. **Clínica Médica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 480 p.

STERLING, T. R. et al. Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 365, n. 23, p. 2155-2166, dec. 2011.

VIEIRA, D. E. O.; GOMES, M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 12, p. 1049-1055, dez. 2008.

VRANJAC, A. Mudanças no tratamento da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 197-199, fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis (TB)**. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/en/index.html>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

YEW, W. W.; LEUNG, C. C. Antituberculosis drugs and hepatotoxicity. **Respirology**, Malden, v. 11, n. 6, p. 699-707, nov. 2006.



MENÇÃO HONROSA

Implantação de um programa de atenção farmacêutica na Farmácia Ensino e Farmácia Popular do Brasil de uma instituição de ensino

Autora: Raquel Soares Tasca

Co-autores: Ivan Domício da Silva Souza; Marco Antonio Costa; Péricles Martin Reche; Márcia Terezinha Lonardoní Crozatti

Instituição: Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Avenida Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brazil

Contato: rstasca@uem.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, mudanças importantes vêm norteando a política de saúde, como a universalidade do acesso dos usuários ao sistema, a integralidade da atenção e a equidade, permitindo maior disponibilidade de atendimento clínico-laboratorial e ampliação do acesso ao uso de medicamentos. Assim, a Assistência Farmacêutica tem recebido olhar governamental diferenciado no cuidado com a Atenção Básica à Saúde auxiliando na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a porta de entrada do sistema. Suas funções e finalidades têm sido destinadas dentro do SUS, ao apoio de ações de saúde sobre as demandas das comunidades em relação aos medicamentos essenciais. Tais ações incluem o abastecimento, conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional. A implantação de programas de atenção farmacêutica pode garantir o atendimento às proposições da Política Nacional de Assistência Farmacêutica para o Sistema Único de Saúde, além de promover o uso racional de medicamentos, reduzir a morbimortalidade, bem como os custos associados, relacionada ao uso inapropriado de medicamentos e conduzir à melhoria da qualidade de vida do usuário. As doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, produzem impacto econômico direto no SUS, com atendimentos ambulatoriais e internações. Neste sentido, os gastos decorrentes dessa demanda podem ser minimizados pelo cuidado personalizado dispensado aos pacientes pela prática da atenção farmacêutica. A orientação do uso adequado dos medicamentos e o acompanhamento farmacoterapêutico são ferramentais essenciais neste processo. Muito embora esta prática seja discutida a mais de três décadas, ainda não se implementou nas farmácias brasileiras uma metodologia efetiva, validada e funcional para a realização de tal serviço farmacêutico. Uma vez que a Universidade Estadual de Maringá dispõe da infraestrutura e dos recursos humanos necessários para a implantação do programa de atenção farmacêutica, a pesquisa nesta área justifica-se devido ao bem social que tal programa é capaz de promover.

Introdução

O conceito de Atenção Farmacêutica surgiu no ambiente hospitalar a partir da implementação da Farmácia Clínica. Em 1990, Hepler e Strand consolidaram tal conceito, propondo uma metodologia de acompanhamento farmacoterapêutico e classificaram, pela primeira vez, os problemas relacionados a medicamentos. Muitos conceitos e metodologias de atenção farmacêutica foram propostos para adaptar sua implementação às diferentes realidades culturais, econômicas e políticas de cada país. O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica definiu o termo como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002). A definição proposta pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica foi corroborada pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, a qual aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conforme as premissas deste Consenso, a atenção farmacêutica consiste na prática de educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico, registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Desta forma percebe-se que a atenção farmacêutica visa obter resultados terapêuticos definidos que conduzam a efeitos positivos sobre a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Sendo assim, observa-se a necessidade de estudos científicos que definam procedimentos e metodologias para se alcançar tais resultados.

Objetivos

a) Implantar programa de atenção farmacêutica nas farmácias da Universidade Estadual de Maringá, objetivando coletar dados que possam ser utilizados para produzir informações que contribuam para o aprimoramento da saúde e da qualidade de vida dos usuários; b) Levantar e interpretar dados; c) Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico; d) Educar quanto à saúde e ao uso racional de medicamentos; e) Identificar Problemas Relacionados a Medicamentos e elaborar planos de ação; f) Registrar, mensurar e avaliar resultados; g) Notificar reações adversas e desenvolver metodologia própria de atenção farmacêutica.

Metodologia

A amostra foi constituída por pacientes que utilizaram os serviços das Farmácias da Universidade Estadual de Maringá (Farmácia Ensino e Farmácia Popular do Brasil) no período de fevereiro a julho de 2011 e que consentiram em participar do estudo. O estudo foi estruturado em etapas: obtenção de consentimento de participação do usuário; levantamento de dados e informações; verificação da existência de problemas relacionados a medicamentos; acompanhamento do

usuário; fornecimento de educação em saúde e intervenção na farmacoterapia. O levantamento foi realizado mediante entrevistas (atendimentos) de frequência quinzenal, mensal ou bimestral, de acordo com a disponibilidade do usuário e com o caráter da farmacoterapia empregada. O levantamento foi realizado utilizando-se um instrumento previamente construído com perguntas abertas e fechadas. O Projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Foi realizado de acordo com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo obtida a autorização de todos os colaboradores do estudo por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Durante o período, 98 pacientes aceitaram participar do projeto. Todos foram incluídos e entrevistados como previsto e inúmeros Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) foram detectados. Após análises e estudos dos casos, planos de intervenções foram construídos e as orientações repassadas aos pacientes. Na sequência, durante o acompanhamento farmacoterapêutico, novas intervenções foram realizadas quando necessárias. O projeto contribuiu para a promoção do uso racional de medicamentos e da educação em saúde na comunidade local, reduzindo os PRMs e conduzindo à melhoria da qualidade de vida do usuário. Além disso, o instrumento utilizado nas entrevistas e a metodologia de atenção farmacêutica mostraram-se adequados no atendimento das necessidades dos pacientes.

Conclusão

O projeto de atenção farmacêutica proposto para realização na Farmácia Ensino e Farmácia Popular da Universidade Estadual de Maringá se mostrou adequado para detecção, resolução de PRMs e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Desta forma, este procedimento será utilizado diariamente na rotina das farmácias com todos os pacientes que concordarem em realizar o procedimento, permitindo assim, um acompanhamento permanente de todos, vislumbrando a manutenção da qualidade de vida dos que participaram e dos que vierem a participar.

Referências

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004, s. 1, n. 93, p. 52-53.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **The American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: OPAS, 2002. 24 p.



MENÇÃO HONROSA

Importância do farmacêutico residente em uma unidade de transplante hepático e renal: intervenções farmacêuticas realizadas

Autores: Thalita Rodrigues de Souza; Diana Maria de Almeida Lopes; Natália Martins Freire; Geysa Andrade Salmito; Helaine Cristina Alves de Vasconcelos; Alene Barros de Oliveira; Alessandra Nunes Pinheiro; Eugenie Desirêe Rabelo Néri; Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes; José Huygens Parente Garcia

Instituição: Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil

Revista: JBT J Bras Transpl, v. 13, p. 1329-1392, 2010

Contato: thalitarodrigues_01@hotmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país por meio das Centrais Estaduais de Transplantes e é considerado procedimento de alta complexidade e alto custo, sendo financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2007, o SUS investiu cerca de dois bilhões de reais em diálises, procedimentos relacionados a transplantes e medicamentos. O uso de medicamentos por pacientes transplantados hepáticos e renais perpassa a profilaxia, tratamento de infecções secundárias, controle de rejeição, entre outros e requer para o sucesso do transplante o monitoramento do uso, análise de incompatibilidades, manejo das interações medicamentosas clinicamente significativas, orientação sobre o uso racional dos medicamentos, acompanhamento dos níveis séricos, entre outras estratégias. No esforço multidisciplinar de prover o melhor cuidado aos pacientes, o farmacêutico deve estar presente, na equipe assistencial contribuindo para o contínuo aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes, promovendo o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010; MARTIN; ZAVALA, 2004; GUERRA et al., 2010).

Introdução

O papel do farmacêutico clínico no atendimento a pacientes internados tem evoluído ao longo do tempo, com ênfase no cuidado farmacêutico. Nesse cenário, o farmacêutico residente tem contribuído substancialmente, para que pacientes transplantados hepáticos e renais sejam beneficiados com as intervenções farmacêuticas, que funcionam como ferramenta efetiva para melhoria da qualidade da assistência hospitalar (AMARAL; AMARAL; PROVIN, 2008; HEPLER; STRAND, 1990).

Objetivos

Relatar as Intervenções Farmacêuticas (IF) realizadas pelo farmacêutico residente nas unidades de transplante hepático e renal de um Hospital Universitário, identificando Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) durante o período de internação e alta de pacientes transplantados.

Metodologia

Estudo transversal, no qual foram analisadas intervenções farmacêuticas realizadas pelo farmacêutico residente com pacientes transplantados hepáticos e renais no período de maio a setembro de 2010.

Resultados

Durante o período de estudo foram acompanhados 219 pacientes, tendo sido detectado PRM em prescrições de 47 (21,5%) deles. Dos pacientes com PRM, 51,06% (n=24) eram do sexo feminino. Os medicamentos envolvidos nos PRM identificados foram classificados de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), tendo maior prevalência aqueles relacionados ao sistema cardiovascular e nervoso, respectivamente (43,47% e 17,39%). Foram identificados 81 PRM, dos quais 98,75% foram prevenidos através da IF, com aceitação de 98,76%. Os médicos foram os profissionais mais contatados (97,50%), seguido dos enfermeiros (2,50%). Quando Classificados pelo II Consenso de Granada, os PRM de necessidade ocorreram em 68,80% (n=55), os de segurança 28,80% (n=23) e os de efetividade 2,50% (n=2). Não foi identificada diferença estatisticamente significativa na aceitação da intervenção para os diferentes tipos de PRM ($p=0,873$).

Conclusão

Os resultados sugerem que a participação do farmacêutico residente na equipe assistencial é útil para prevenir a ocorrência de PRM, sendo bem aceita pelos demais membros da equipe de saúde e coopera para a segurança do processo assistencial aos pacientes transplantados hepáticos e renais.

Referências

AMARAL, M. F. Z.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. P. Intervenção Farmacêutica no Processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/search/results>>. Acesso em: 1 out. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplantes**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 1 out. 2010.

GUERRA, A. A. J. et al. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 163-174, 2010.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am. J. Hosp. Pharm**, Bethesda, v. 47, p. 533-543, 1990.

MARTIN, J. E.; ZAVALA, E. Y. The expanding role of the transplant pharmacist in the multidisciplinary practice of transplantation practice of transplantation. **Clinical Transplantation**, New Jersey, v. 18, p. 50-54, 2004.

Esta obra foi impressa em papel duo design 250 g/m² com laminação Bopp (capa) e papel couchê fosco 90 g/m² (miolo), pela Gráfica Brasil, em novembro de 2012. A Editora do Ministério da Saúde foi responsável pela normalização deste material (OS 0484/2012)