

Análise das prescrições de antimicrobianos em uma unidade pública de saúde de um distrito da cidade de Muriaé (MG)

Juliana Maria de Souza **PERCÍNIO**¹, jmariadesouza319@gmail.com; Juliana Maria Rocha e Silva **CRESPO**².

1. Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé (MG).
2. Farmacêutica e mestre em Ciências e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa (MG); professora no UNIFAMINAS, Muriaé (MG).

RESUMO: O estudo analisou a qualidade das prescrições de antimicrobianos de uma unidade pública de saúde, tendo como referência a RDC 20/2011. De acordo com as exigências legais, nenhuma das prescrições possuía dados completos do paciente; 57,8% possuíam identificação do prescritor; 97,9% possuíam dados da instituição; 98,6% possuíam data de emissão. O antimicrobiano mais prescrito foi a amoxicilina (57,8%). Conclui-se que nem todos os prescritores atendem às exigências da legislação vigente. A análise permite inferir dados farmacoepidemiológicos da população local.

Palavras-chave: antimicrobianos, prescrição, prescritor, legislação.

Introdução

Os antimicrobianos foram, a princípio, definidos como substâncias químicas produzidas por várias espécies de microrganismos, vegetais e animais, que impedem o crescimento de outros. Pauster e Joubert foram os pioneiros no estudo das primeiras substâncias, publicando no final do século XIX uma observação sobre inibição do crescimento de bacilos do antraz em uma amostra de urina por microrganismos comuns. Em 1941, a penicilina, substância produzida por um fungo, descoberta ao acaso por Alexander Fleming, tornou-se disponível em quantidade suficiente para uso clínico (GOODMAN, 2005).

O desenvolvimento da indústria farmacêutica viabilizou a síntese destas substâncias em laboratório, otimizando sua produção em larga escala. Os antimicrobianos constituem um grupo de fármacos de grande relevância no tratamento das doenças infecciosas que, em épocas remotas, eram consideradas incuráveis e letais. Sua descoberta significou um grande avanço para a medicina moderna (KATZUNG, 2005).

Os fármacos antimicrobianos diferem entre si quanto às propriedades químicas, seus espectros e mecanismos de ação, sendo classificados quimicamente como: derivados de aminoácidos, de açúcares, de acetatos, propionatos, entre outros (FEITOSA, 2006).

Muito se tem discutido a respeito do uso maciço e inadequado destes fármacos, devido à capacidade dos microrganismos adquirirem resistência, o que tem relação direta com a quantidade de antimicrobianos e a maneira incorreta de sua utilização (ABRANTES et al., 2007). Mesmo que os antimicrobianos de uso comunitário (vendidos em farmácias e

drogarias) sempre tenham sido sujeitos à prescrição médica, não era obrigatória a retenção de receita, o que dificultava medidas de controle e análise sobre padrões prescritivos ou implicações sobre o seu consumo.

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n. 44, de 26 de outubro de 2010, estabelece critérios para a embalagem, rotulagem, dispensação e controle de medicamentos à base de substâncias antimicrobianas, visando coibir a venda ilegal destas substâncias sem prescrição no país, promovendo assim seu uso racional, o que contribui para o combate à resistência bacteriana, além de reduzir a automedicação (CAMARGO et al., 2012).

Nesse contexto, com o objetivo de racionalizar o consumo dos antimicrobianos, atualmente está em vigor a RDC n. 20, de 05 de maio de 2011, que revogou a RDC 44/2010. De acordo com a RDC 20/2011, as receitas contendo substâncias antimicrobianas isoladas ou em associação serão obrigatoriamente escrituradas, atendendo ao disposto no Sistema de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) ou em livro de registros específicos. Para tanto, a prescrição deverá ser realizada em receituário privativo do prescritor ou estabelecimento, em duas vias, não havendo um modelo específico, onde a primeira via deverá ser retida para controle e escrituração (BRASIL, 2011).

O objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade das prescrições de antimicrobianos emitidas em um serviço público de atenção básica à saúde, tendo como referência parâmetros definidos pela RDC n. 20/2011, enfatizando a importância do cumprimento desta legislação, assim como analisar características gerais das prescrições, a fim de definir a substância antimicrobiana de maior prevalência e a especialidade predominante do prescritor, para compreender a demanda dos atendimentos realizados, de acordo com as particularidades do local.

I – Metodologia

Foi realizado um estudo documental de caráter descritivo e quantitativo, através da análise das segundas vias de todas as prescrições de antimicrobianos aviadas e retidas em uma Unidade do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé (MG), localizada em um distrito a 36 quilômetros do centro da cidade, no período de julho de 2013 a janeiro de 2014.

As análises foram feitas tendo como referência a RDC n. 20, de 5 de maio de 2011, capítulo III, art. 5º, § I ao IV, que determinam quais são os dados obrigatórios de uma receita de antimicrobianos: identificação do paciente (nome completo, idade e sexo); nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismos arábicos); identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho profissional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica (carimbo); e data da emissão.

Para análise da posologia, levou-se em consideração parâmetros como dose posológica, intervalo entre as doses e duração do tratamento, com referência no conhecimento farmacêutico.

Outros dados como especialidade do prescritor, número de medicamentos por receita, interações medicamentosas e substâncias antimicrobianas prescritas também foram analisados.

II – Resultados e discussão

No período de julho de 2013 a janeiro de 2014, foram dispensadas um total de 147 prescrições de antimicrobianos na unidade do Programa Saúde da Família pesquisada.

Para análise da especialidade do prescritor e seus dados (nome e registro no conselho profissional), foram consideradas as receitas que possuíam marcação gráfica (91,15%), considerando que este recurso é a única fonte de informação sobre o emitente em receituários de uma instituição pública. Os resultados da análise se encontram dispostos na Tabela 1.

TABELA 1 Análise quanto à especialidade do prescritor nas prescrições que continham marcação gráfica (N = 134)

Item	N	%
Clínico	120	81,6
Cirurgião	02	1,36
Ortopedista	01	1,17
Pediatra	11	7,48

Em estudo semelhante realizado por Abrantes et al. (2007), 36,8 % das prescrições não continham esta informação. Os mesmos autores afirmam que esta não seria uma informação obrigatória. De acordo com a RDC 20/2011, embora não seja descrito a obrigatoriedade da especialidade do prescritor, exige-se a marcação gráfica, onde deveria constar esta informação, além de nome completo e registro no conselho profissional.

Em estudos realizados por Guzatto e Bueno (2007), em 48,5% das prescrições não havia identificação do prescritor por ausência do carimbo e assinatura legível e, em 6,6%, o carimbo e assinatura eram de outra pessoa, não correspondendo aos dados impressos na prescrição.

A Tabela 2 apresenta os resultados encontrados quanto à presença de dados da instituição (nome, endereço e telefone) e presença da data de emissão.

TABELA 2 Resultado da análise das prescrições quanto à presença dos dados da instituição e presença da data de emissão

Item	N	%
Dados da instituição	145	98,6
Data de emissão	144	97,9

Pôde-se observar que grande parte das prescrições apresentavam dados da instituição, o que é muito importante para facilitar o rastreamento da origem da prescrição em casos especiais. De acordo com estudos de Laste et al. (2013), a ausência da data de emissão assim como a identificação do prescritor pode levar a fraudes e falsificações.

A data de emissão da prescrição é um item indispensável para que a legislação vigente seja cumprida, pois a mesma em seu capítulo III, § IV, deixa clara a exigência da data, orienta sobre a validade da prescrição (10 dias) e dá provimentos para situações especiais, como tratamento prolongado e uso contínuo (BRASIL, 2011).

Observou-se que 100% das prescrições possuíam o nome completo do paciente, porém em nenhuma havia a idade e o sexo do mesmo, como é exigido na legislação em questão.

O total de fármacos dispensados nas prescrições analisadas foi de 172. O número médio de medicamentos por prescrição foi de 1,17. De acordo com Laste et al. (2013), é recomendada a média de até dois medicamentos por receita em Atenção Básica de Saúde, e que a avaliação do número médio de medicamentos por prescrição fornecida, a cada consulta para o paciente, objetiva verificar o grau de poli farmácia. Pesquisas mostraram que, se o número de medicamentos for maior que cinco, há maior risco de eventos adversos relacionados aos medicamentos (OMS, 2002, apud Laste et al., 2013). O número exato de medicamentos por receita se encontra na Tabela 3.

TABELA 3 Número de medicamentos prescritos por receita analisada

Quantidade	N	%
01	119	80,95
02	23	15,64
03 ou +	05	3,4

Dentre as prescrições, 14,96% continham interações medicamentosas. As mais comuns observadas foram entre antimicrobianos e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); uma pequena parte interagiu com um corticoide. Em estudos realizados por Weber et al. (2012), 14,55% das prescrições continham interações. A prevalência de interações de um

antimicrobiano com um AINE foi observada em 82,05% destas prescrições. A justificativa para tal fato é a escolha desta classe farmacológica como uma alternativa para reduzir a dor e a hipertermia presentes no processo infeccioso. Em contrapartida, este tipo de interação é potencialmente arriscada, pois pode causar danos ao usuário dos medicamentos, pelo risco de convulsões se associados com quinolonas ou derivados do ácido nalidíxico, como o ciprofloxacino. Os AINEs podem também aumentar o risco de desenvolvimento de resistência microbiana em associação com penicilinas, já que podem deslocar as mesmas de seus sítios de ligação, fazendo com que o microrganismo desenvolva genes de resistência, que são transmitidos a outros microrganismos, além de reduzirem significativamente a biodisponibilidade de substâncias como a amoxicilina (Goodman, 2005).

Não foram observadas interações entre duas substâncias antimicrobianas, salvo para uso tópico, conforme apresentado na Tabela 4.

TABELA 4 Fármacos encontrados em interação com antimicrobianos nas prescrições analisadas (N = 22)

Fármaco	N	%
AINEs	14	63,6
Corticóides	03	13,6
Antimicrobiano de uso tópico	03	13,6
Outros	02	9,09

O antimicrobiano mais prescrito foi a amoxicilina, presente em 57,8% das prescrições. O mesmo ocorreu em diversos estudos semelhantes, como descrito por Weber et al. (2012).

As penicilinas são bactericidas e interferem na síntese da parede celular bacteriana (RANG et al., 2007). Foram os primeiros antimicrobianos empregados na terapêutica, sendo amplamente utilizados para a maioria das infecções. Além disso, geralmente são bem toleradas e os efeitos adversos mais importantes são as reações de hipersensibilidade, o que poderia justificar a prevalência nas prescrições e o uso desta classe.

Em uma pesquisa, Feitosa (2006) obteve o mesmo resultado do presente estudo e afirmou que a amoxicilina foi o antimicrobiano mais requisitado devido a sua eficácia no tratamento de infecções do trato superior, como amigdalites e ao seu amplo espectro de ação.

A azitromicina, da classe dos macrolídeos, foi o segundo antimicrobiano mais prescrito (19,4%), diferindo dos estudos realizados por Weber et al. (2012), em que esta classe ocupa a primeira posição. O autor considera que a azitromicina oferece uma boa comodidade, favorecendo a adesão ao tratamento devido a sua posologia (administração em dose única diária). Esta característica pode justificar a preferência de alguns prescritores pelo fármaco, no presente estudo.

A cefalexina, uma cefalosporina pertencente à classe dos beta-lactâmicos, foi o terceiro antimicrobiano mais prescrito (13,6%). Numa pesquisa realizada por Feitosa (2006), o mesmo fármaco também ocupou esta colocação, devido seu amplo espectro, segurança e mecanismos de ação. As outras classes de antimicrobianos prescritos encontram-se expostos na Tabela 5.

TABELA 5 Percentual de antimicrobianos prescritos com maior frequência nas prescrições analisadas

Antimicrobiano	N	%
Amoxicilina	85	57,8
Azitromicina	28	19,4
Cefalexina	20	13,6
Ciprofloxacino	05	3,4
Sulfa + trimetropima	04	2,72
Fluconazol	02	1,36

Na análise quanto ao uso do nome genérico, verificou-se que 97,2% das prescrições apresentavam esta denominação, assim como o estudo realizado por Laste et al. (2013), em que a maior parte das prescrições analisadas (86,1%) também foram prescritas pela denominação genérica. Essa avaliação permite analisar o cumprimento da legislação brasileira para o sistema público de saúde, que prevê a obrigatoriedade do uso da denominação genérica. De acordo com a resolução n. 10/01, da ANVISA, as prescrições assinadas pelo profissional de atuação junto ao SUS adotarão, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira ou, em sua falta, a Denominação Comum Internacional (Brasil, *apud* Laste, 2013).

Outros dados como concentração e forma farmacêutica, que também são exigências legais segundo a RDC 20/2011, estão representados na Tabela 6.

TABELA 6 Resultados encontrados quanto à presença de nome genérico, concentração e forma farmacêutica nas prescrições analisadas

Item	N	%
Nome genérico	143	97,2
Concentração	105	71,4

Forma farmacêutica	123	83,6
--------------------	-----	------

A análise da posologia revelou que havia a descrição da dose posológica em todas as prescrições analisadas e o intervalo entre as doses em 95,2% das mesmas. A duração do tratamento estava presente em 80,2% das prescrições. Em pesquisa realizada por Feitosa (2006), o tempo de duração do tratamento estava presente em apenas 30,5% das prescrições.

Embora o presente trabalho tenha demonstrado um baixo índice de prescrições sem esta importante informação, deve-se considerar as poucas prescrições com a ausência de tempo de tratamento, uma vez que não constando na prescrição informações referentes ao tempo de uso do antibiótico, o paciente poderá a vir tomar doses terapêuticas insuficientes para solucionar um possível processo infeccioso que tenha adquirido (Feitosa et al., 2006).

A quantidade em algarismos arábicos do medicamento a ser dispensado estava presente em 37,4% das prescrições. A RDC n. 20/2011 determina em seu §II que a quantidade necessária para o tratamento deve estar especificada em algarismos arábicos. A dispensação deve atender essencialmente ao que foi prescrito. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

TABELA 7 Análise das prescrições quanto à presença de dose posológica, intervalo entre as doses e duração do tratamento

Item	N	%
Dose posológica	85	100
Intervalo entre doses	81	95,2
Duração do tratamento	69	80,2
Quantidade (em algarismos arábicos)	55	37,4

III – Considerações finais

Ao analisar as prescrições integrantes do presente estudo, pôde-se observar que muitas das exigências da RDC 20/2011 não são cumpridas por todos os profissionais prescritores. Observou-se a ausência de dados extremamente importantes para que os objetivos desta resolução colegiada sejam alcançados, o que dificulta a escrituração íntegra no Serviço Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). A ausência de dados como idade e sexo do paciente, identificação completa do profissional prescritor (nome, número do registro profissional e especialidade) e data da emissão leva à infidelidade de dados farmacoepidemiológicos, que são importantes para direcionar políticas de saúde.

A integridade dos dados posológicos é importante para assegurar que a dispensação seja feita de forma correta, e que o paciente possa usar sua prescrição como um guia de orientação para que seu tratamento seja feito de maneira correta e eficaz, sem risco de causar resistência microbiana. A ausência em quase todas as prescrições da quantidade de fármaco a ser dispensada também contribui para essa resistência, pois há maior chance do paciente não levar a quantidade exata de medicamentos para seu tratamento, o que tem como consequência uma antibioticoterapia incompleta ou a sobra de antimicrobianos no domicílio, que leva à automedicação, à resistência microbiana e ao descarte incorreto.

Na análise das características gerais das prescrições, pôde-se observar que a maior parte das prescrições foi feita por médicos clínicos gerais. Este fato é explicado por ser esta a especialidade médica predominante da Equipe Saúde da Família. Observou-se ainda a prevalência da amoxicilina como o antimicrobiano mais prescrito. Conclui-se, portanto, que a primeira escolha foi de uma penicilina, assim como a segunda escolha, a azitromicina, um macrolídeo, ambos muito usados em infecções de laringe e de vias aéreas superiores, o que indica, de forma epidemiológica, que muitas das infecções que acometem a população em questão estão ligadas a sazonalidade, por se tratar de um local de clima montanhoso e seco e a unidade de saúde analisada é a única mais próxima a prestar serviços médicos àquela população.

Referências

ABRANTES, P. M., MAGALHÃES, S. M. S., ACÚRCIO, F. A., SAKURAI, E. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 95-104, jan. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/10.pdf>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. **Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Resolução – RDC n. 44, de 26 de outubro de 2010. Disponível em: <<http://www.paulinia.sp.gov.br/downloads/rdc%2044.pdf>>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. **Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Resolução – RDC n. 20, de 05 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=...%28Acessadol>>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. **Diário Oficial da União**, n. 87, p 39-41, Brasília, DF, 09 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/RDC_MS_ANVISA_20_011%20PAG%2039%20A%2041.pdf>. Acesso em: nov. 2013.

CAMARGO, E. C. G.; KIFFER, C. R. V.; PIGNATARI, A. C. C.; SHIMAKURA, S.; RIBEIRO JR., P. J.; MONTEIRO, A. M. V. Proposta sobre uso de dados de receitas de antimicrobianos retidas: a experiência EUREQA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, RJ, p. 985-980, maio de 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n5/17.pdf>>. Acesso em: out. 2013.

FEITOSA, F. P. J. **O papel do farmacêutico no controle do uso racional de antibióticos**. 2006. (Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia) – Escola de Saúde Pública do Ceará. Disponível em: <www.esp.ce.gov.br/index.php?...o-papel...controle-do-uso-racional>. Acesso em: out. 2013.

GOODMAN, A. G. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005. v. 1, p. 884-887.

GUZZATO, P; BUENO, D. Análises de prescrições de medicamentos dispensados na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre. **Rev. HCPA**, v. 27, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/1982/1670>>. Acesso em: out. 2013.

KATZUNG, J. **Farmacologia clínica e básica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LASTE, G.; TORRES, I. L.C.; DEITOS, A.; SOUZA, A. C.; SOUZA, A.; KAUFFMANN, C.; FERNANDES, L.C.; FERREIRA, M. B. C. Análise das prescrições médicas dispensadas em farmácia no Sistema Único de Saúde. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 15-25, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/37507/25666>>. Acesso em: nov. 2013.

WEBER, B. R.; SCHERER, V. C.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Análise dos medicamentos e interações potenciais em prescrições contendo antimicrobianos dispensados em uma farmácia comunitária de Ijuí/RS. **Rev. de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Ijuí (SC), v. 2, p. 122-127, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2753/2368>>. Acesso em: nov. 2013.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 291-29.